BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXXIII — 1907

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR

1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

ar les soins des Secrétaires de la Société

M. FÉLIZET

Secrétaire général

ET

MM. CHAPUT ET RICARD

Secrétaires annuels



TOME XXXIII — 1907

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1907

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



SÉANCE DU 9 JANVIER 1907

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. TERRIER dépose sur le bureau de la Société un livre intitulé : *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, par MM. TERRIER et AUVRAY.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des cancers du pharynx.

M. J.-L. FAURE. — Le rapport de notre collègue Hartmann, avec lequel je suis à peu près complètement d'accord, m'engage à vous exposer ce qu'a pu m'apprendre mon expérience sur le traitement des cancers du pharynx.

Il m'est impossible de vous communiquer une statistique précise. La plupart des opérations que j'ai faites ont été exécutées alors que je n'avais pas de service à moi, avec des internes qui n'étaient pas les miens, dans des services où je ne faisais que passer, parfois chez des collègues qui me faisaient l'honneur de me demander d'opérer un de leurs malades. Je n'ai donc que quelques observations complètes, sur un nombre d'opérations assez élevé et qui n'est certainemeut pas inférieur à une trentaine. Mais si je ne puis pas vous donner de statistique exacte, je puis vous donner mes impressions, qui sont, elles, fort précises, et que confirment de plus en plus les opérations que j'ai encore, de temps en temps, l'occasion d'exécuter.

Les cancers auxquels je fais allusion sont ceux qui siègent en arrière de l'isthme du gosier, entre les piliers antérieurs du voile du palais, en avant, et l'extrémité supérieure de l'œsophage. Les plus communs sont ceux de l'amygdale, qui empiètent presque toujours sur la base de la langue, les piliers antérieur et postérieur du voile du palais, sur le voile du palais lui-même, et qui ont une tendance désolante à remonter, en suivant la gaine des vaisseaux, jusque sous la base du crâne. Les autres siègent en un point quelconque de la muqueuse pharyngée, assez souvent vers le sillon pharyngo-épiglottique. Ce sont des cancers juxta-laryngés, mais qui ne touchent aucunement au larynx lui-même. Enfin au point de vue pratique, on peut et on doit leur adjoindre ceux qui se développent sur la base de la langue, en arrière du V lingual, vers la face antérieure de l'épiglotte. Ces derniers sont inaccessibles par les voies naturelles et leur traitement se confond, par conséquent, avec celui des cancers du pharynx proprement dits. En revanche, les cancers du naso-pharynx, qui se développent dans l'arrière-cavité des fosses nasales, et dont j'ai aussi opéré un certain nombre, diffèrent complètement au point de vue chirurgical des cancers du pharynx, et je ne m'en occuperai pas ici.

Pour ces dernières interventions sur le pharynx, il est indispensable que le malade soit en bonne position. Il doit avoir les épaules

assez élevées, la tête étant légèrement renversée en arrière, le cou bien exposé, et, toutes les fois qu'on aborde la tumeur par la partie latérale, la face tournée du côté opposé. J'ai toujours opéré mes malades dans cette position que j'avais vu employer par Verneuil et qui est évidemment fort ancienne. La position de Rose, excellente pour les tumeurs du maxillaire supérieur et du naso-pharynx, lui est ici très inférieure.

J'ai fait pendant longtemps la trachéotomie préventive, ou plutôt la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Je ne la fais plus depuis quatre ou cinq ans. Il n'est pas douteux pour moi que, dans la plupart des cas, elle aggrave sensiblement le pronostic opératoire, déjà suffisamment sombre. Mais si, en principe, je crois qu'il vaut mieux s'en passer, je n'en ai pas moins toujours une canule à portée de ma main, et si, au cours de l'opération, les difficultés respiratoires ou l'entrée du sang dans le larynx menacent de créer à l'opérateur des difficultés sérieuses, je n'hésite pas à pratiquer la laryngotomie intercricothyroïdienne, qui demande à peine quelques secondes et permet de terminer l'opération dans des conditions meilleures. La trachéotomie devient alors, par le fait des facilités opératoires qu'elle donne, plus utile qu'elle n'est nuisible par le fait de l'existence de la plaie trachéale. Elle peut même être nécessaire et sauver le malade de l'asphyxie, et il ne faut pas hésiter à la pratiquer. Mais je crois, qu'il est bon, et je suis ici tout à fait de l'avis de notre collègue Poirier, qui, dans sa belle communication sur le cancer de la langue, nous a dit des choses que j'approuve de tous points, je crois, dis-je, qu'il est bon de décanuler le malade dès que l'opération est terminée. Les inconvénients de la trachéotomie sont ainsi, sans aucun doute, beaucoup moins grands que lorsqu'on laisse la canule à demeure pendant quelques jours, sous prétexte de tamponner le pharynx.

J'ai essayé deux fois le tubage du larynx, et, tout compte fait, je crois préférable la trachéotomie avec décanulation immédiate.

Les *voies d'accès* sur la tumeur pharyngée varient nécessairement avec sa situation.

Les tumeurs de la partie inférieure du pharynx, tumeurs juxtalaryngées, doivent être abordées directement par une incision sous-angulo-maxillaire, soit courbe et s'étendant de la région parotidienne à la région sous-maxillaire, soit en T, avec une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et une seconde incision sous-maxillaire venant se brancher sur elle. C'est celle qui est exécutée par Vallas et figurée dans les Bulletins (1).

Pour les tumeurs situées plus haut, dans la région de l'amyg-

(1) Voir p. 1159.

dale, il est absolument nécessaire, pour peu qu'elles soient un peu étendues, de se débarrasser de la branche montante du maxillaire inférieur qui les recouvre. Il est impossible de faire une opération quelque peu réglée, en voyant bien ce que l'on fait, de façon à pouvoir cerner le néoplasme, si l'on ne se débarrasse du mur formé par la branche montante du maxillaire. Celle-ci doit être sectionnée en avant de l'angle du maxillaire et luxée en dehors ou complètement enlevée.

La luxation en dehors, suivie de réapplication et de suture de la branche montante à la branche horizontale, donne beaucoup de jour et peut être employée, mais l'extirpation complète de cette branche montante en donne beaucoup plus et permet de faire, avec la plus grande facilité, dans toute la région du pharynx, des opérations fort étendues.

J'ai toujours enlevé la totalité de la branche montante en désarticulant celle-ci. Mais je n'ai aucune objection à faire à la pratique de Vallas, qui sectionne le maxillaire au-dessous du condyle et du coroné. Peut-être même cette façon de faire est-elle meilleure, le délabrement de la fosse ptérygo-maxillaire étant moins important et la cicatrisation plus facile.

L'incision que j'ai toujours faite depuis ma première opération, qui remonte à 1895, est des plus simples. Elle part de la commissure labiale, descend en formant une courbe à concavité antérieure, vient croiser le bord du maxillaire à 4 ou 5 centimètres de l'angle de la mâchoire, et descend dans la région sous-maxillaire, vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien, sur lequel on peut la prolonger à volonté.

Par cette incision, rien n'est plus facile que de disséquer toute la région des vaisseaux et des ganglions, et d'enlever, après extirpation de la branche montante, tout ce qui peut paraître malade du côté du pharynx, de l'amygdale, de la base de la langue et du voile du palais. On y voit bien, on est parfaitement à son aise, l'extirpation de la branche montante demande à peine quelques secondes, et l'on peut ainsi terminer son opération en économisant beaucoup de temps, beaucoup de sang et en réduisant par conséquent à son minimum le choc opératoire.

Mais la résection temporaire ou définitive de la branche montante du maxillaire constitue une mutilation grave, et, quand on peut s'en passer il faut absolument le faire. C'est pourquoi, lorsque le néoplasme siège près du pilier antérieur du voile du palais, il y a un très grand avantage à respecter la mâchoire. Il faut alors faire du côté du cou une extirpation large des ganglions carotidiens et sous-maxillaires en profitant de l'occasion pour lier la carotide externe. Ensuite, après suture de la plaie cervicale, on fend

la joue horizontalement, à la manière de Jæger, depuis la commissure jusqu'à la branche montante du maxillaire, et on peut alors assez facilement enlever le pilier antérieur du voile du palais, l'amygdale, si elle n'est pas trop envahie par le néoplasme, et les parties voisines de la base de la langue. On exécute ainsi une opération qui, tout en ayant des chances sérieuses de donner un bon résultat, est beaucoup moins grave que celle qui touche à la branche montante du maxillaire.

Pour les tumeurs situées à la base de la langue, sur la partie médiane, en avant de l'épiglotte, il y a une voie incomparable, c'est la voie transhyoïdienne de Vallas. Je l'ai employée deux fois au moins. Après incision, ou même extirpation de l'os hyoïde, après nettoyage des deux régions ganglionnaires latérales et ligature des deux carotides externes, on fend la langue sur la ligne médiane, et on tombe sur le néoplasme, qu'il est en général facile d'enlever d'une façon satisfaisante. On suture ensuite l'une à l'autre sur la ligne médiane les parties saines qui restent de chaque côté, en comblant ainsi la perte de substance et en supprimant toute communication entre les parties profondes et les régions superficielles du cou.

Ces interventions qui, au point de vue purement technique, constituent de très belles opérations chirurgicales, sont malheureusement fort graves. Ce sont les plus graves de toutes celles que nous sommes communément appelés à exécuter. Je n'ai pas de documents précis sur ce point, mais je crois qu'il faut s'attendre à voir succomber le tiers ou même la moitié des opérés.

Mais il y a à cet égard de grandes différences suivant l'étendue de l'intervention.

D'après ce que j'ai vu, — et je l'ai déjà dit ici, — les opérations dans lesquelles on s'abstient de faire communiquer la cavité buccale avec les espaces celluleux du cou sont infiniment moins graves que les autres. Dans le cou, on peut faire des opérations très étendues, presque démesurées, sans qu'il en résulte aucun incident. Dans la bouche, on peut également faire des opérations très importantes, comme l'amputation de la presque totalité de la langue, sans que les malades courent de grands risques. Mais, lorsqu'on réunit la plaie de la bouche à la plaie du cou, comme dans les extirpations de la langue par la voie sus-hyoïdienne ou les extirpations d'une partie du pharynx, le pronostic devient immédiatement beaucoup plus sérieux, et on entre dans la série des opérations vraiment graves.

La résection ou l'extirpation d'une partie de la mâchoire aggrave encore la situation. Il faut donc s'en passer toutes les fois qu'on peut le faire. Mais malheureusement les cas sont nombreux

dans lesquels elle est indispensable. Dans ces cas, et je fais surtout allusion ici aux cancers étendus de la région amygdalo-pharyngienne, il faut, ou ne rien faire du tout, ou faire le nécessaire et sacrifier la branche montante du maxillaire, quelle que soit l'aggravation immédiate qui en puisse résulter.

Il faut aussi, une fois l'opération terminée, s'efforcer, par des sutures multipliées, d'isoler complètement la cavité buccale des espaces celluleux du cou, que l'on draine avec soin. Cette partie de l'opération a beaucoup d'importance, mais bien souvent, quelque soin qu'on y mette, les parties profondes se désunissent et des phénomènes d'infection grave font leur apparition, phénomènes que les soins post-opératoires les plus attentifs et les plus minutieux suffisent rarement à conjurer.

Les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus sont médiocres. Il m'est difficile de rien affirmer relativement aux malades que j'ai opérés à l'hôpital et qui ont survécu à leur opération. Les circonstances dans lesquelles ils ont été opérés font qu'il m'a été impossible de les suivre. Mais je n'espère guère avoir obtenu de ce côté des résultats durables.

Je n'ai pu suivre que les malades opérés en ville, qui ne sont pas nombreux et qui, d'ailleurs, je dois le dire, présentaient en général des lésions moins avancées que ceux de l'hôpital, dont quelques-uns portaient des cancers extrêmement étendus et que j'aurais certainement mieux fait de ne pas toucher. Aussi, les résultats obtenus en ville sont-ils certainement moins mauvais que ceux que j'ai obtenus à l'hôpital, et, si mes impressions se limitaient à eux, je n'aurais pas lieu de me montrer trop mécontent.

J'ai opéré en ville quatre malades. L'un d'eux, qui présentait un cancer juxta-laryngé et qui a été opéré par voie sous-angulo-maxillaire, a succombé de pneumonie trois jours après l'opération.

Un second, qui avait un cancer de l'amygdale avec envahissement du pilier antérieur et du voile du palais et que j'ai opéré par voie buccale, avec incision de la joue, après nettoyage de la région carotido-sous-maxillaire, a succombé trois mois après à la continuation de son mal, imparfaitement enlevé.

Un autre, opéré dans les mêmes conditions, d'un cancer de l'amygdale peu étendu, mais qui présentait en même temps un énorme paquet ganglionnaire dans la région carotidienne, a survécu trois ans et demi dans de bonnes conditions et a succombé à une récidive profonde quatre mois après une deuxième tentative opératoire qui est restée incomplète.

Enfin un malade opéré par voie transhyoïdienne d'une énorme tumeur de la base de la langue avec envahissement bilatéral des ganglions, a survécu deux ans et demi et a succombé à une pneu-

monie sans trace apparente de récidive. Il est vrai que la tumeur était un sarcome et non un épithélioma, mais le cas était des plus mauvais, et je dois dire que le résultat m'a causé une surprise heureuse.

Ces quelques résultats ne sont pas trop décourageants. Mais, je le répète, ils sont bien meilleurs que ceux que j'ai obtenus à l'hôpital. Cette différence n'a qu'une explication. C'est que presque tous les malades de l'hôpital présentaient des lésions beaucoup plus avancées, trop avancées pour la plupart, et c'est encore un argument de plus en faveur des opérations précoces, puisque celles-ci, ainsi qu'en font foi les quelques demi-succès que j'ai obtenus sur les malades de la ville, peuvent donner des résultats encourageants.

Telles sont, Messieurs, mes impressions sur ce sujet. Je les résumerai en quelques mots :

Le cancer du pharynx est, sans aucun doute, le pire des cancers justiciables d'une intervention. Les opérations destinées à le combattre demeurent très graves, mais lorsque les lésions sont encore assez limitées et que l'opération est précoce, on peut obtenir, sinon des succès définitifs, au moins des résultats encourageants, et, dans ces conditions, tant que nous n'aurons pas d'armes plus sûres, c'est à l'opération, quelle que soit sa gravité, que nous devrons avoir recours.

Rapports.

Sur une observation de plaie du rectum, de M. Baudet,

par M. E. Quénu.

M. Baudet nous a lu une intéressante observation de plaie du rectum par empalement pour laquelle il est intervenu avec succès. En voici le résumé :

Un enfant de dix ans s'amusait le 13 juillet dernier à escalader une grille dont les barreaux pointus se terminaient en fer de lance : perché sur un des piliers de la grille, il perdit l'équilibre et vint s'empaler sur un des barreaux. Le fer de lance pénétra directement par l'anus et ressortit un peu en arrière des bourses par le périnée. Une hémorragie immédiate se produisit; un médecin appelé sutura la plaie périnéale, mais dans la nuit le sang reparut en abondance, l'enfant fut pris de vomissements; l'état

était alarmant, on transporta le blessé de Compiègne, où il était, à Paris, à l'hôpital Lariboisière. M. Baudet fut appelé comme chirurgien de garde environ douze heures après l'accident; il trouva l'enfant pâle, anxieux, avec un pouls petit et fréquent (120), une température axillaire de 38 degrés, une vaste ecchymose de la paroi abdominale antérieure, remontant du pubis à trois travers de doigt de l'ombilic et se continuant sur les bourses et le périnée, qui étaient distendus et violacés. Sur le périnée on observait une plaie siégeant immédiatement en arrière des bourses, longue de 2 centimètres environ et suturée par deux crins de Florence. Un peu de sang s'échappait par l'anus. L'appareil urinaire paraissait bien hors de cause : l'interne de garde, en effet, avait le matin retiré par la sonde 150 grammes d'une urine limpide.

M. Baudet, les mains gantées, commença sous le chloroforme par dilater l'anus, qui alors laissa s'échapper du sang liquide et des caillots en grande abondance. L'ampoule bien nettoyée avec des tampons, une valve fut appliquée sur la commissure anale postérieure, et on put apercevoir sur la face antérieure du rectum une plaie verticale, longue de 5 à 6 centimètres, commençant à 5 ou 6 centimètres de l'anus, intéressant toute l'épaisseur des parois rectales et communiquant largement avec le périnée.

M. Baudet ferma la plaie rectale à l'aide de points de suture intéressant à la fois la muqueuse et une partie de la musculeuse, puis il refit une toilette minutieuse du rectum. Enlevant alors ses gants, le chirurgien fendit le périnée sur la ligne médiane et rejoignit la plaie, dont les sutures avaient été sectionnées. On put constater que le corps traumatisant avait labouré le périnée depuis le rectum jusqu'au bulbe, détruisant le raphé ano-bulbaire et déterminant une abondante hémorragie.

Après une hémostase qui nécessita la ligature de deux vaisseaux artériels, M. Baudet sutura d'abord la plaie rectale, par le dehors cette fois, à l'aide de quatre points séparés au catgut, puis il sutura la plaie périnéale en y laissant toutefois un drain; l'administration de quelques gouttes de laudanum fut conseillée pour obtenir la constipation.

Les suites furent simples, la température s'éleva le troisième et le cinquième jour à 38 degrés, sans réaction locale. Le neuvième jour après l'opération les fils furent enlevés. Le douzième jour la première garde-robe fut obtenue à l'aide d'un laxatif. Le 11 août, soit 29 jours après l'accident, la guérison complète est obtenue et le petit malade quitte l'hôpital.

L'intérêt de l'observation de M. Baudet se rapporte essentiellement au diagnostic et au traitement des plaies par empalement.

En présence d'une plaie par empalement, en effet, toute la ques-

tion est de savoir si le péritoine est intact ou non. C'est là un point sur lequel j'ai insisté dans un mémoire sur les plaies du rectum, publié dans la *Revue de Chirurgie* en 1900.

Les plaies de la portion péritonéale du rectum en effet commandent la laparotomie; la thérapeutique des autres est purement ano-périnéale.

Ni les commémoratifs, ni l'état général du malade ne peuvent suffire à établir le diagnostic de la pénétration péritonéale. Tandis qu'en effet des blessés, même des enfants, atteints de pénétration péritonéale souffrent peu et sont en état de faire un assez long trajet à pied, d'autres, avec des plaies non pénétrantes, éprouvent de vives douleurs et présentent une réaction générale accusée. Tel était précisément le cas de l'enfant soigné par M. Baudet, chez lequel la pâleur, la fréquence du pouls et les vomissements donnaient au tableau clinique un caractère véritablement alarmant.

Le diagnostic ne repose donc en réalité que sur les constatations directes, c'est-à-dire la rectoscopie.

Très sagement, et avant toute exploration digitale aveugle, M. Baudet, conformément aux conclusions thérapeutiques que nous avons formulées jadis, endormit son malade, dilata l'anus et appliqua un spéculum sur la commissure postérieure de l'anus, ce qui lui permit d'apercevoir une plaie occupant la paroi antérieure du rectum.

Lorsque j'ai conseillé l'emploi d'emblée de la rectoscopie, je n'ai pas voulu dire par là qu'il fallait employer tel ou tel instrument rectoscopique, les valves ordinairement utilisées pour l'examen de l'anus et du rectum peuvent suffire à déceler une plaie basse. La plaie découverte, on peut, de sa situation, et au besoin de son exploration par un stylet, après un nettoyage minutieux de l'intestin, en inférer qu'il y a ou non pénétration péritonéale.

La non pénétration était évidente dans la cas de M. Baudet.

Que convenait-il de faire? Nous sommes loin des pratiques de Dupuytren et de Bégin, qui conseillaient préventivement la section du sphincter : la double indication est de faire l'hémostase, car ces plaies saignent beaucoup, et de chercher à obtenir le plus d'asepsie possible. Peut-on faire plus encore et tenter par la suture une réparation plus rapide de la plaie rectale? J'écrivais, en 1900, que « je ne voyais aucun inconvénient, si on était appelé tout près de l'accident, à ce que le chirurgien tentât une réparation de la brèche ano-rectale ». M. Baudet a réalisé cette indication en intervenant *d'abord* par le rectum à l'aide d'une suture de la muqueuse; *ensuite* par le périnée à l'aide d'une suture des autres tuniques rectales.

On peut se demander si la suture de dehors en dedans n'aurait pas suffi et s'il ne vaut pas mieux ne pas traverser la muqueuse avec les fils. Quoi qu'il en soit, M. Baudet a guéri son petit malade en vingt-neuf jours, sans complication fistuleuse.

La possibilité de guérison sans fistule n'est pas absolument exceptionnelle; nous en avons déjà cité un exemple de Valk dans notre Traité de la chirurgie du rectum.

Le résultat obtenu par M. Baudet n'en est pas moins brillant et nous ne pouvons que le féliciter de la conduite qu'il a tenue.

Sur une observation de plaie pénétrante du ventricule droit traitée par la suture, par M. BAUDET, *et suivie de guérison; Observation de plaie du ventricule gauche suturée* par M. DUVAL,

par M. QUÉNU.

L'intéressante observation que je vais résumer nous est présentée par MM. Baudet, chirurgien des hôpitaux, et son interne Le Braz. Il s'agit d'une plaie du ventricule droit observée chez un homme de vingt-trois ans, porteur aux Halles. L'arme dont se servit l'agresseur au cours d'une rixe était un tronçon de fleuret récemment aiguisé et transformé en poignard. Le blessé, dès le coup reçu, eut la possibilité de courir chez le pharmacien et de faire une centaine de pas, puis il tomba sans connaissance. On le transporta à l'hôpital Tenon dans le service de M. Demoulin. Là, on put le ranimer et tirer de lui quelques mots. Le front était couvert de sueurs, la respiration fréquente, le pouls très rapide, petit, irrégulier, la température rectale à 36,6. Les bruits du cœur s'entendaient à peine.

M. Baudet arriva une heure après l'accident. Le malade, tout préparé par M. Le Braz, était déjà installé sur la table d'opération, rasé et nettoyé. Pendant que M. Baudet se gante afin de gagner du temps, on note que le pouls se modifie, il devient incomptable et paradoxal: on perçoit à peine 2 pulsations à chaque expiration, tandis que tout battement cesse pendant l'inspiration; 40 respirations par minute. La plaie thoracique, d'où ne se sont écoulées que quelques gouttes de sang, siège exactement dans le cinquième espace intercostal gauche, à 2 centimètres et demi en dedans et à 1 centimètre au-dessous du mamelon.

Le blessé garde encore quelque connaissance; il est endormi au chloroforme avec l'appareil de Roth Dræger. M. Baudet a recours au volet à charnière externe, il ouvre franchement la plèvre, qui ne renferme qu'une quantité de sang insignifiante. Il observe alors

une plaie du péricarde située à un niveau un peu plus élevé que n'était la perforation pleurale; cherchant à inciser le péricarde avec des ciseaux, M. Baudet ne peut y parvenir, il se rend compte alors que le sac péricardique adhère à toute la face antérieure du cœur.

Il s'étonne de voir que la plaie péricardique ne donne issue qu'à un très petit filet de sang qui coule en bavant et qui, parfois, s'arrête, au-dessus et au-dessous de la plaie. On observe deux ampoules sanguinolentes de la grosseur d'une noix. On se rend très bien compte à travers le péricarde du siège de la plaie cardiaque, qui atteint le ventricule droit à un travers de doigt en dedans du sillon interventriculaire, à peu près à égale distance de la base et de la pointe; la plaie paraît très étroite et le chirurgien peut réellement se demander un instant si elle est pénétrante. A ce moment le cœur est presque immobile et n'offre plus que quelques mouvements ondulatoires. Il est par suite facile, en raison de cette immobilité, de passer un fil dans la plaie péricardique.

Toutefois, M. Baudet ayant saisi le cœur avec la main pour faciliter la manœuvre, le cœur se remit à battre, et aussitôt un jet de sang noir, assez mince, sortit de derrière le fil qui n'était pas encore noué. Immédiatement l'aiguille fut repassée à travers le péricarde et le myocarde et la ligature du fil arrêta net l'hémorragie. Deux autres fils non perforants furent passés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du premier. Le cœur continua de battre avec force et régularité. Le volet thoracique fut replacé et suturé sans drainage de la cavité pleurale.

Le lendemain de l'opération le malade eut quelque réaction termique, 38 et 38,7, et un pouls à 100. Le surlendemain le thermomètre s'éleva encore au-dessus de 39 et, comme cette fièvre s'accompagna de dyspnée et d'un point de côté, on peut avec quelque probabilité accuser la réaction pleurale.

Mais bientôt tout rentra dans l'ordre. On observa encore au 13e jour un peu d'épanchement pleural; malgré tout, le malade quitte l'hôpital. Il est revu deux mois après en bonne santé; il ne peut néanmoins faire un violent effort sans éprouver une certaine gêne précordiale, mais il peut travailler sans éprouver aucun essoufflement. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal ; les battements paraissent seulement un peu sourds.

Messieurs, il convient tout d'abord de féliciter M. Baudet du beau succès qu'il a obtenu : nous sommes évidemment loin des réflexions désespérantes de Legouest, qui résumait ses impressions sur les blessures du cœur en ces termes : « Symptomatologie incertaine, thérapeutique à peu près désarmée, terminaison presque toujours funeste ». Dans cette seule année, nos bulletins auront enregistré deux guérisons de blessures du cœur traitées par

la suture : celle que je viens de rapporter et celle que j'ai présentée à la Société de Chirurgie le 20 mars dernier. Nos deux observations plaident en faveur du non drainage de la plèvre ; nos opérés eurent tous deux de la réaction pleurale, mais limitée, et qui n'alla point jusqu'à obliger à un drainage secondaire (1).

Le non drainage semble être la conduite adoptée actuellement par les chirurgiens français, et si j'y insiste, c'est qu'il ne semble pas en être de même en Allemagne, où règne le tamponnement, du moins si j'en juge par le travail de Borchardt, qui porte sur 83 observations de cardiorraphie.

Je disais dans ma communication de mars dernier que, mettant à part toutes les plaies du cœur dans lesquelles tant de sang a déjà coulé avant l'intervention qu'il ne reste plus aucune chance de gagner la partie, je disais que le danger primitif après l'opération était l'hémorragie pleurale, que le danger secondaire principal était l'infection pleurale. Tous ceux qui ont fait l'analyse des observations publiées, Lemaître dans sa thèse récente, Rochard dans un rapport à la Société de Chirurgie du 17 juillet dernier, sont arrivés à ces mêmes conclusions. Dans une étude de M. Guibal sur la chirurgie du cœur parue dans la *Revue de Chirurgie* de 1905 et qui porte sur l'analyse de 66 observations de cardiorraphie, on note que dix-huit fois sur quarante la mort a été le résultat de l'infection pleurale ou péricardique. M. Guibal ajoute judicieusement que si cette infection est attribuable parfois à l'instrument vulnérant, elle est plus souvent le fait du chirurgien. Ces mêmes complications infectieuses ont été notées encore même chez les malades qui ont guéri, et cela dans la proportion de quartorze fois sur vingt-six guérisons.

La raison en est vraisemblablement dans la hâte forcée de l'intervention.

Le chirurgien, appelé d'urgence, accourt, il voit un malade défaillant, il a une tendance inévitable à abréger la cérémonie du lavage des mains (et de mains parfois difficilement stérilisables par suite de contacts suspects antérieurs). De même l'urgence excuse ou tout au moins explique le nettoyage imparfait du champ opératoire.

Dans mon cas personnel je m'étais préparé à opérer une autre malade et à pratiquer une laparotomie, quand je dus prendre la décision immédiate de suturer le cœur de la blessée, qui en tout

(1) Tous deux également, malgré les conseils pressants qui leur étaient donnés, se trouvèrent assez bien pour vouloir rentrer chez eux dès le 13e jour. Je puis vous donner des nouvelles de mon opérée du 15 février. Je l'ai revue en novembre, enceinte de quelques mois, et sa grossesse ne paraissait aucunement influencer en mal son état circulatoire.

état de causes, avait été très bien nettoyée et préparée. De même, chez le blessé de M. Baudet, ce nettoyage avait été fait avant son arrivée et, pour gagner du temps, M. Baudet opéra ganté. Je ne puis qu'approuver toute cette conduite; il importe de recommander à nos internes et à nos surveillantes de préparer la région à opérer, dès l'arrivée d'un blessé, peut-être justiciable d'une intervention, et, quant au chirurgien, des gants d'avance stérilisés lui offrent avec une sécurité absolue la solution la plus prompte.

Dans l'observation de M. Baudet, la plaie intéressait le ventricule droit; j'ai cherché s'il était possible d'établir un pronostic spécial tiré du siège de la plaie du cœur. On sait que le ventricule gauche est le plus souvent atteint. Sur 66 observations de plaies du cœur suturées, M. Guibal a noté trente et une fois le ventricule gauche et vingt-deux fois le ventricule droit. J'ai eu la curiosité de repasser en revue ces 66 observations. J'ai trouvé seulement 29 plaies du ventricule gauche (laissant de côté les plaies de la pointe, où les indications ne sont pas assez précises), et 20 plaies du ventricule droit.

Les premières ont donné 19 morts et 10 guérisons, soit 34,48 guérisons p. 100; les secondes ont donné 11 morts et 9 guérisons, soit 45 guérisons p. 100.

D'après cette statistique, les plaies du ventricule droit seraient donc notablement moins graves que celles du ventricule gauche, mais il suffit d'ajouter aux 66 observations de Guibal les 6 observations de cardiorraphie présentées cette année dans cette seule Société, pour modifier sensiblement les résultats. Les proportions reviennent à 36,6 guérisons p. 100 pour le ventricule gauche, à 40 p. 100 pour le ventricule droit; elles tendent donc à s'égaliser. La vérité est que le nombre des observations n'est pas encore suffisant pour qu'on puisse tirer d'une statistique une notion tout à fait exacte, et qu'il y aura lieu, pour les unes et les autres localisations, de faire des catégories suivant le volume et la nature du corps traumatisant, sur les conditions et la technique de l'opération, etc. J'arrive à discuter ce dernier point de l'observation de M. Baudet, et ce n'est pas le moins intéressant.

Nous savons bien aujourd'hui qu'à n'envisager que le danger immédiat des plaies du cœur, les accidents résultent, soit de l'importance de l'hémorragie qui se fait librement à travers une plaie large et qui se fait surtout dans la cavité pleurale, soit de l'entrave apportée à la contraction cardiaque par l'épanchement sanguin confiné dans la cavité péricardique.

Le cœur est vidé dans le premier cas, étranglé dans l'autre; mais aucune de ces conditions ne s'est trouvée réalisée chez le blessé de M. Baudet, la cavité pleurale ne renfermait que quelques gouttes

de sang, et quant à la cavité péricardique, elle était réduite à rien par une symphyse cardiaque. Ce n'était donc ni la perte de sang *insignifiante*, ni la gêne mécanique *absente* qui permettaient d'expliquer les accidents, et il faut bien faire intervenir une autre cause, *un trouble apporté à l'innervation du cœur*.

On sait qu'à la suite d'expériences sur le chien et sur le lapin, Kronecker et Schmey ont cru découvrir l'existence d'un centre de coordination des mouvements du cœur dans le sillon interventriculaire antérieur à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. Une piqûre en ce point provoquerait la mort subite en arrêtant les battements du cœur.

Notre collègue Rochard rappelait ces expériences dans son rapport du 17 juillet dernier, à propos d'une observation de M. Camus, dans laquelle la mort subite survint au moment où on serrait le dernier point de suture au niveau du sillon interventriculaire. On peut en rapprocher l'observation présentée par M. Moreau à l'Académie royale de Belgique, le 27 janvier 1906 (1). Une plaie du cœur ayant déterminé la disparition rapide du pouls radial, on crut à une compression du cœur par un épanchement sanguin; or, on constata que le péricarde renfermait très peu de sang et qu'il n'y avait pas, sur la face antérieure du cœur, trace de blessure apparente; le cœur se contractait d'une façon arythmique; la guérison fut obtenue.

Bien que les expériences de Rodet et Nicolas (2), et d'Elsberg, etc., n'aient pas confirmé les conclusions de Kronecker, l'observation de Moreau, celle de M. Camus, et aussi celle de M. Baudet, prouvent au moins, il me semble, qu'un traumatisme du cœur est susceptible de produire, en dehors de toute hémorragie ou compression, des troubles graves dans la fonction cardiaque, troubles pouvant aller jusqu'à la cessation complète des battements. Le blessé de M. Baudet perd connaissance dès le coup reçu, son pouls s'affole, et, quand il est mis à découvert, le cœur ne présente plus que quelques mouvements ondulatoires. La faiblesse de ces contractions a même vraisemblablement été la cause du salut du malade en empêchant toute hémorragie grave; je veux bien que l'obliquité du trajet et la forme même, les dimensions de l'instrument, aient été favorables à un moindre saignement, je veux bien encore que la pression du sang dans l'artère pulmonaire est de quatre à cinq fois moindre (3) que dans les grosses artères, mais il n'en est pas moins vrai que, dès que le cœur fut excité directe-

(1) *Presse médicale*, 1906, p. 133.
(2) *Lyon méd.*, 1895. Voir Guibal, *Revue de Chirurgie*, 1905, p. 633, vol. I.
(3) 10 à 30 milligrammes de mercure. Beaunis, *Physiol.*, t. II, p. 1061.

ment par le contact de la main, un jet de sang noir fut projeté, donnant ainsi la démonstration que la faiblesse de l'écoulement tenait bien à l'insuffisance de la contraction musculaire.

Cette contraction musculaire a été réveillée par le contact de la main, tout comme dans l'observation de M. Lenormant relatée dans le même rapport de M. Rochard que je citais plus haut. Je rappelle que dans le cas de M. Lenormant il s'agissait aussi d'une plaie (mais par balle de revolver) du ventricule droit, et que les sutures terminées, M. Lenormant constata que le muscle cardiaque était complètement immobile. Le chirurgien put à l'aide de massages qui durèrent sept à huit minutes rappeler des contractions rythmiques du cœur.

M. Delorme, à ce propos, fit cette remarque que, ayant lu, sans pouvoir se rappeler où, que certaines substances mises en contact avec la paroi interne du cœur d'un animal qui a cessé de battre en ranimaient les battements, il y aurait peut-être là une voie à suivre. Moi-même, j'observai, à l'appui de la remarque de M. Delorme, qu'un chirurgien allemand avait dans un cas de plaie du cœur avec cessation des battements, injecté avec succès dans le ventricule un peu de sérum artificiel ; mais j'attribuais à tort à Borchardt ce qui appartient à Jaffé, de Posen (1).

Jaffé, au cours de la discussion qui suivit plusieurs présentations de plaies du cœur au Congrès de chirurgie allemand de 1906, dit « que tant que le cœur est *capable de vivre*, il faut remplir le ventricule gauche de sérum physiologique avec une seringue de Pravaz, enfoncée une fois la suture terminée ; ce cœur, qui ne bat plus, se remet incontinent à battre ».

L'opinion de Jaffé s'appuie-t-elle sur des observations cliniques ou sur l'expérimentation, nous n'en savons rien. Je me suis contenté de reproduire la note même de l'auteur au Congrès.

Mais j'apporte à la Société un fait positif, intéressant, qui m'a été communiqué par mon assistant M. Duval, et que voici :

B... (Julien), quarante ans, est trouvé dans la nuit du 9 au 10 décembre 1906 sans connaisssnce sur le trottoir. Il porte à la poitrine une plaie pénétrante de la région précordiale.

Appelé d'urgence auprès du blessé à l'hôpital Cochin, dans le service de mon maître M. Quénu, à 1 heure du matin, je le trouve asphyxiant, violacé, plus de pouls radial, une respiration régulière mais stertoreuse. Coup de couteau dans le 5e espace intercostal gauche à 8 ou 10 centimètres du bord sternal.

A voir la quantité de sang qui tache les vêtements et le corps du blessé, l'hémorragie a dû être très abondante.

(1) *XXXVe Congrès de chirurgie de la Société allemande*, 7 avril 1906.

Volet thoracique en fer à cheval à pédicule externe; section des 4e, 5e et 6e cartilages, fracture des côtes correspondantes pour rabattre le volet. La plèvre est largement ouverte ; elle contient du sang. Ouverture large du péricarde, plaie longue de 1 centimètre et demi environ du ventricule gauche, à mi-hauteur, et dont l'extrémité interne intéresse les vaisseaux cardiaques antérieurs verticaux.

L'hémorragie est arrêtée. Le cœur ne bat plus rythmiquement, il ne présente plus que des mouvements fibrillaires.

Suture à deux points séparés dont un embrasse les vaisseaux ; pas de plaie de la paroi cardiaque postérieure.

Le cœur est excité à la main et ne répond que par des contractions irrégulières.

Injection intra-cardiaque de sérum; l'aiguille est enfoncée dans le ventricule gauche.

Le cœur se remet à battre régulièrement, 40 pulsations par minute.

Le premier litre de sérum injecté est chaud; le second litre (je m'en rends compte au moment où je retire l'aiguille) est froid; au moment où le second litre est injecté, le cœur s'arrête définitivement et assez brusquement.

Autopsie médico-légale.

Ainsi, voilà un cas d'arrêt du cœur à la suite d'une hémorragie considérable par plaie du ventricule gauche. La suture faite, le massage et l'excitation à la main ne donnent rien ; l'injection de sérum dans la cavité ramène les pulsations et le rythme, puis, au 2e litre de sérum, brusquement l'arrêt et un arrêt définitif se produit. Ce fait est très instructif; il nous montre d'abord que nous avons un moyen de plus pour ranimer les battements cardiaques disparus. Ensuite il appuie cette opinion que l'excitation inhibitoire peut s'exercer aussi bien à la surface de l'endocarde que sur un centre interventriculaire hypothétique.

Du reste, que l'endocarde soit une surface de réflexes pouvant aboutir aussi bien à l'excitation qu'à l'inhibition, cela n'a rien de paradoxal et de spécial au cœur. La dilatation forcée du sphincter anal est susceptible d'amener la syncope respiratoire ou cardiaque, mais ce même moyen a réussi à ramener la respiration dans les cas de syncope chloroformique. Il faut en retenir seulement qu'il est de toute nécessité de veiller à ce que le sérum injecté ait la température de 38 degrés, étant donné que les recherches de Bernard, ont évalué cette température à 38°8 pour le cœur gauche, à 38°6 pour le cœur droit (1).

Messieurs, les intéressantes observations de M. Baudet méri-

(1) Beaunis. *Physiol.*, t. II, p. 1069.

tent les remerciements que je propose de lui adresser et son inscription dans un rang honorable sur la liste des candidats à une prochaine élection.

Communication.

De l'hépatico-duodénostomie par implantation,

par M. TERRIER.

C'est Kehr (1) qui, le premier, pratiqua de propos délibéré l'implantation de l'hépatique dans le duodénum après résection de la vésicule, ablation du cystique et dissection du cholédoque jusqu'à l'hépatique. Il s'agissait d'une oblitération chronique du cholédoque par une tumeur (peut-être une pancréatite chronique interstitielle).

W. J. Mayo (2) fit la même opération pour une dégénérescence cancéreuse du cholédoque. Le malade succomba à la huitième semaine, à la suite d'une faute de technique.

Un troisième cas appartient encore à W.-J. Mayo pour « Rétrécissement inflammatoire »; ce fut une opération parfaitement réglée et publiée avec planches dans les *Annals of Surgery*, aug. 1905, p. 90 : « Case of anastomosis between the hepatic duct and the duodenum ».

Nous avons été conduit à pratiquer deux fois l'anastomose hépatico-duodénale pour implantation.

Dans le premier de ces cas, comme dans l'opération suivie de succès de Mayo, il s'agissait d'une malade présentant à la suite de cholécystectomie avec drainage de l'hépatique un rétrécissement du canal cholédoque.

Dans le second cas, il s'agissait d'une oblitération du cholédoque par une tumeur : néoformation du pancréas ou pancréatite chronique comme dans le fait relaté par Kehr.

Ces deux opérées ont parfaitement guéri.

Ces anastomoses, par une implantation duodénale de l'hépa-

(1) Hans Kehr, d'Halberstadt. *Technik der Gallenstein-Operationen*, 1905, p. 320, et *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1903, p. 101, n° 3 : « Ein fall von ausgedehenter Resektion des Ductus choledochus und Hepaticus wegen Carcinoma choledochi mit nach folgender Ektomie der Gallenblase und Hepatiko-Duodenostomie. »

(2) W.-J. Mayo. Some observations on the surgery of the common duc of the liver, in *The medical Record*, 1904, p. 681.

tique, sont assez exceptionnelles; car Mayo Robson en 1903, dans une statistique de 547 opérations sur les voies biliaires, n'a pas eu une seule fois l'occasion de pratiquer cette anastomose.

Sur 1.109, W. Mayo ne l'a faite que deux fois; enfin Kerr, une fois sur 1.000 cas.

Je signale, en passant, les deux cas de Quénu (1) et Tuffier (2), d'anastomose *hépatico-gastrostomique*, publiés à la Société de Chirurgie le 1er mars 1905 (Quénu) et le 8 mars (Tuffier), tous deux suivis d'insuccès.

S'il se trouvait de nouveau en face d'un cas de ce genre, M. Tuffier se proposerait d'enlever le néoplasme, puis implanterait le bout central du canal hépatique *non pas dans l'estomac, mais plutôt dans l'intestin grêle*, qu'il fixerait de chaque côté de son anastomose.

Obs. I (personnelle). — *Cholécystostomie pour angiocholite aiguë infectieuse. Sept mois après, cholécystectomie et drainage de l'hépatique. Rétrécissement cicatriciel du cholédoque. Cholédocoplastie et finalement hépatico-duodénostomie. Guérison.*

Mme F..., trente ans. Accouchement normal à vingt et un ans, pas de fausse couche. Opérée le 11 janvier 1905, par M. Terrier, pour appendicite et rétroversion adhérente; on pratique l'ablation de l'appendice et on fait une hystéropexie. Guérison complète.

En juillet 1905, étant à Royan, elle a une crise dysentérique, qui dure quinze jours, avec élimination de sang et de fausses membranes, et une température oscillant entre 39 degrés et 40 degrés. Depuis cette crise, elle se plaint très vivement d'une fissure à l'anus, et, le 11 octobre 1905, étant revenue à Angers, elle subit, sous chloroforme, la dilatation anale. Le soir même de cette petite intervention, la température monte à 40 degrés, et, dans les jours suivants, on sent en un point correspondant au siège de la vésicule biliaire une tuméfaction douloureuse au palper. La douleur s'étend, en outre, à toute la région hépatique. Nombreux et violents frissons, avec température oscillant entre 39°5 et 40 degrés. A partir du 24 octobre, la douleur s'accentue, elle est maintenant spontanée et continue; des vomissements surviennent, fréquents, et empêchant toute alimentation. La température est de 39°6 le soir et 38 degrés le matin. Le 29 octobre, la température monte à 40°6, avec frissons et mauvais état général. Pas d'ictère. Le 30 octobre, M. Terrier se rend à Angers avec l'aide du Dr Monprofit, et pratique la cholécystostomie.

Suites opératoires. — Vomissements très fréquents pendant quarante-

(1) Quénu. Contribution à la chirurgie du canal hépatique. De l'hépatico-gastrostomie, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, mars 1905, p. 218.

(2) Tuffier. A propos de la chirurgie du canal hépatique. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, mars 1905, p. 251-254.

huit heures. La température tombe à 38 degrés le soir de l'intervention et à 37 degrés le lendemain. Le drain fonctionne bien, l'écoulement



Figure 1.

biliaire se faisant surtout la nuit, et très abondamment. On le retire le vingtième jour et l'écoulement biliaire continue par la fistule, aussi abondant que les premiers jours.

Sortie de la maison de santé le 27 novembre.

Les selles sont régulières, normales, quoique peu colorées. L'état général laisse encore à désirer : inappétence, langue blanche, légère élévation de la température du matin à 37°2, 37°4.

La malade essaie de faire quelques promenades; mais la température s'élève alors la nuit jusqu'à 38 degrés, et même 38°8, et on oblige la malade à garder le lit et à reprendre le régime lacté (7 décembre).

20 décembre. — Écoulement biliaire moins abondant.

22 décembre. — L'écoulement est complètement tari au niveau de la fistule. En même temps, la fièvre s'allume, 38°4, 38°5; les vomissements sont notés et la région de la vésicule est douloureuse. Cet état persiste jusqu'au 27 décembre, date à laquelle on remet un drain dans la vésicule. L'écoulement biliaire reparaît, tantôt coloré, tantôt constitué surtout par du mucus.

L'examen des urines, pratiqué le 27 décembre, révèle une diminution très notable de l'urée, sans sucre et sans albumine.

Cependant, malgré le drainage de la vésicule, presque tous les soirs il y a une ascension thermique atteignant 38 degrés environ. De plus, la malade maigrit; elle a de l'inappétence et de l'insomnie presque complète. Il est vrai que la fistule biliaire ne fonctionne pas régulièrement : le pansement reste sec toute la journée et ne contient de la bile que le matin, bile qui s'est écoulée pendant la nuit.

Pendant trois mois, l'état reste stationnaire, avec des périodes d'amélioration et des périodes d'aggravation. La bile est toujours très septique, tuant rapidement la souris inoculée. A l'examen bactériologique, elle contient du streptocoque et du colibacille.

Vers la fin du mois d'avril, l'état s'aggrave, la température s'élève et des frissons apparaissent. Cependant, la fistule biliaire fonctionne toujours. Ce qui explique que la malade n'est pas ictérique et que ses matières sont décolorées.

Le 4 mai, la malade ressent deux grands frissons, avec une température de 39°2. Elle entre à la maison de santé de la rue Bizet.

Examen : Malade amaigrie, avec une très légère teinte subictérique des conjonctives; la peau porte quelques traces de grattage, mais les démangeaisons sont peu accentuées ; la langue est sale, la température oscille entre 37°2 le matin et 38 degrés le soir.

L'examen de l'abdomen montre un foie légèrement hypertrophié, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt. La région vésiculaire est douloureuse à la pression, ainsi que la région du cholédoque. La fistule ne fonctionne que d'une façon irrégulière avec un maximum nocturne.

L'examen des urines ne montre rien d'anormal : pas de pigments biliaires, ni sucre, ni albumine; urée, 17 grammes par vingt-quatre heures. Quantité des urines : 1.000 à 2.000 grammes.

Les autres organes sont normaux.

On décide une seconde intervention.

Deuxième opération, le 9 mai 1906. Opérateur, professeur Terrier; aides, D[rs] Gosset et Desjardins; chloroforme, D[r] Boureau.



Figure 2.

La malade est placée en hyperextension, un billot sous la région lombaire. Incision de Kehr, descendant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. On circonscrit la fistule biliaire et on l'excise avec la peau voisine. On arrive sur la vésicule avec une pince de Kocher, on la ferme

au niveau du trajet fistuleux et on commence à la libérer. Cette vésicule est très adhérente au foie et au côlon transverse, mais les adhérences sont molles et se laissent assez facilement décoller. La libération du côté du foie est plus pénible et provoque une abondante hémorragie : on est souvent obligé de s'arrêter pour tamponner. On arrive ainsi sur le cystique qui est très sinueux, et très peu volumineux. Le cystique étant libéré jusqu'à sa terminaison, on le sectionne au ras du cholédoque. On lie l'artère cystique et on enlève d'un bloc, en les faisant basculer de bas en haut, cystique et vésicule biliaire. On prolonge l'incision du cystique sur le cholédoque en bas et sur l'hépatique en haut, la boutonnière biliaire mesurant un centimètre et demi. On explore alors les voies biliaires, qui sont légèrement atrophiées dans leur ensemble, laissant juste passer une boule olivaire n° 12. Ni l'exploration de l'hépatique ni celle du cholédoque ne révèlent d'obstacle. On place un drain non perforé (en l'espèce ce fut une sonde de Nélaton n° 10). On met quatre mèches de gaze et on referme la paroi sans avoir fixé le drain dans la profondeur.

Durée de l'opération : soixante-dix minutes.

Quantité de chloroforme à la compresse : 53 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont normales; le second et le quatrième jour la température atteint 38 degrés; à part ces deux ascensions, elle reste aux environs de 37-37,2. Pendant les premiers jours après l'opération on fait à la malade 200 grammes de sérum par jour et quatre piqûres d'un centimètre cube d'huile camphrée. Comme à la suite de la première intervention, la malade a des vomissements chloroformiques pénibles et qui durent trois jours. Le troisième jour elle a un abondant vomissement de bile qui prouve que celle-ci passe dans l'intestin.

Le drain hépatique donne 125 grammes de bile le premier jour, puis donne 250, 400, 425, 250, 100 grammes de bile les jours suivants. Le 5e jour on retire une première mèche, le 8e jour on retire la deuxième; le 11e jour on retire la dernière mèche et le drain.

Les garde-robes ont commoncé à se faire à partir du 4e jour, d'abord complètement incolores; puis le 8e jour garde-robe légèrement colorée, puis de nouveau garde-robes incolores pendant 8 jours. A partir de ce moment plusieurs garde-robes légèrement colorées.

L'alimentation consiste en œufs, potages, purées, fruits cuits.

Les urines se maintiennent aux environs de 1.000 grammes par jour, toujours sans sucre, ni albumine, ni pigments biliaires et avec 13 grammes d'urée par jour.

L'examen de la bile fait à plusieurs reprises par Tixier et par Legros montre toujours une grande toxicité, tuant toujours aussi rapidement la souris et contenant toujours du streptocoque et du coli-bacille.

La fistule biliaire ne fournit presque plus rien, et de temps en temps, ous les cinq ou six jours seulement, donne lieu à un léger écoulement.

Le 15 juin, trente-quatre jours après l'opération, la malade est reprise de frissons, la température s'élève et on dilate le trajet de la fistule qui était à peu près complètement obtitéré. Pendant trois jours on met une

laminaire dans le trajet. Les garde-robes sont toujours incolores, il n'y a pas d'ictère et pourtant il s'écoule une très faible quantité de bile.

La dilatation de la fistule et l'issue de la bile ainsi facilitée n'amène cependant pas d'abaissement de la température, qui oscille aux environs de 38 degrés avec des ascensions à 39 degrés après les frissons. Ceux-ci se répètent presque journellement, la température présente des ascensions vespérales plus accentuées, l'état général devient plus mauvais, et il devient évident que la malade abandonnée à elle-même va rapidement décliner.

Devant la menace des accidents qui vont en augmentant d'intensité et de fréquence, on décide une nouvelle intervention, qui a lieu le 12 juillet 1906.

Troisième opération, le 12 juillet 1906. Opérateur, professeur Terrier; aides, Drs Gosset et Desjardins; chloroforme, Dr Boureau.

Un billot sous la région lombaire, on fait à la malade l'incision en baïonnette en circonscrivant le trajet du premier drainage. On dissèque ce trajet en s'en servant comme fil conducteur, et on est conduit, après avoir libéré les adhérences, sur un point rétréci, véritable virole cicatricielle faisant presque complètement le tour du canal et siégeant à l'union de l'hépatique et du cholédoque, au point où on avait, lors de l'intervention précédente, fait la boutonnière pour le passage du drain. On sectionne cette virole du côté de l'hépatique, et juste au-dessus on trouve une dilatation ampullaire du volume d'une noisette, contenant de la bile et du pus collecté. Immédiatement au-dessus de cette dilatation on voit la bifurcation de l'hépatique; si bien qu'en somme la longueur totale de ce qui représentait l'hépatique était au maximum de 2 centimètres.

Du côté du cholédoque on est dans l'impossibilité absolue d'entrer le moindre explorateur. On se décide alors à en faire l'exploration complète et méthodique. Pour cela on pratique le décollement du duodénum, qui se fait simplement et normalement. On voit alors le cholédoque dans toute son étendue jusqu'à son entrée dans le pancréas. La tête du pancréas explorée semble d'une souplesse normale ne révélant aucune induration.

On dégage de bas en haut le cholédoque et, à sa partie toute supérieure, on le trouve complètement fermé : on le mouche pour l'ouvrir, et on a alors les voies biliaires dans toute leur étendue : en haut, un hépatique très court, induré; en bas, un cholédoque très rétréci, également induré; et entre les deux, une zone de tissu cicatriciel de 5 à 6 millimètres de hauteur : c'est la partie postérieure du rétrécissement en virole dont la partie antérieure a été sectionnée au début.

On met dans l'hépatique un drain non perforé n° 12, et on le fixe avec soin à la lèvre de l'hépatique, car celui-ci est tellement court que le drain tomberait immédiatement. Dans le cholédoque on ne peut mettre qu'un drain n° 10. On rabat le duodénum, qu'on fixe à sa place par un surjet à soie fine. Puis, entre les deux drains qui sortent du canal et émergent par la plaie superficielle, on fait une plastie de façon à tâcher

de reconstituer aussi complètement que possible la paroi antérieure du canal qui manque. On y parvient avec de l'épiploon et on a ainsi un



Figure 3.

canal à peu près complet, duquel émergent par deux orifices voisins les deux drains.

On place quatre mèches de protection.

Fermeture de la paroi à trois étages à la soie fine.

Durée de l'opération : 1 h. 13.

Quantité de chloroforme à la compresse : 50 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont assez graves; la température reste aux environs de 38 degrés. Le drain hépatique donne de 150 à 200 grammes de bile. Les vomissements chloroformiques durent quatre jours. Selle incolore le troisième jour. Le cinquième jour, on retire le drain du cholédoque; le septième jour, on retire le drain de l'hépatique. Le dixième jour, on retire deux mèches; le douzième jour, on retire les deux dernières mèches. Après l'ablation de la dernière mèche, la malade a un grand frisson; sa température monte à 40 degrés.

Le treizième jour, la malade a une selle légèrement colorée.

La température reste tout le temps aux environs de 38 degrés, variant entre 37°6 et 38°5 le soir. Les urines sont peu abondantes, entre 500 et 700 grammes par jour, toujours normales comme composition, excepté au point de vue de l'urée, toujours très faible : 9 grammes par jour.

La bile est toujours septique, renferme encore du streptocoque et du coli-bacille, mais ne tue plus la souris aussi rapidement.

Le vingt et unième jour, la malade a de la diarrhée, diarrhée qui persiste pendant neuf jours.

Les frissons reparaissent tous les trois ou quatre jours; on redilate le trajet avec des laminaires, et on replace un drain n° 10. Les frissons se répètent journellement; on met un drain n° 20. Cet état se prolonge tout le mois d'août et de septembre sans modifications. La malade maigrit beaucoup et continue à maigrir en octobre, avec deux crises de diarrhée.

Devant l'état précaire de la malade, qui n'a nullement été amélioré par la dernière intervention, on intervient une quatrième fois, le 5 novembre 1906.

Quatrième opération, le 5 novembre 1906. — Opérateur, Professeur Terrier; aides, Dr Gosset et Dr Desjardins; chloroforme, Dr Boureau.

La malade étant en hyperextension du tronc, on repasse dans l'ancienne cicatrice en contournant la fistule. On arrive sur le trajet fistuleux, entouré d'adhérences. On place une sonde cannelée dans le trajet, et on peut ainsi libérer ce trajet des adhérences qui se font avec l'épiploon et le duodénum d'une part, avec la face inférieure du foie d'autre part. On arrive à isoler un trajet long d'environ 5 centimètres, et d'un diamètre de 15 millimètres, ressemblant à une vésicule rudimentaire de nouvelle formation. On sectionne le trajet au niveau de son extrémité périphérique, c'est-à-dire au niveau de la paroi abdominale, et on en continue la libération jusqu'à son origine, c'est-à-dire au niveau de l'hépatique. On résèque alors ce trajet au niveau de l'hépatique et on se retrouve dans des conditions normales. La bile coulant continuellement, on introduit une petite mèche de gaze dans l'hépatique. On fait alors l'exploration des canaux avec l'explorateur métallique à boule olivaire n° 20. Celui-ci ne pénètre pas. On sectionne la paroi jusqu'au point où bute l'explorateur, c'est-à-dire à 1 centimètre.

On voit alors et on sent un rétrécissement fibreux à ce niveau. Ce rétrécissement étant sectionné, la boule olivaire n° 20 pénètre facile-



Figure 4.

ment jusqu'au hile du foie. L'hépatique a doublé de diamètre et triplé de longueur depuis la dernière intervention. Néanmoins, il est encore trop court pour pouvoir atteindre le duodénum. On décolle donc l'angle duodénal et on l'attire un peu en haut au devant de l'extrémité

inférieure de l'hépatique. On fait alors une anastomose terminale à points séparés, avec un premier plan séro-séreux et un second surjet total, ce qui est facilité par l'épaississement des parois de l'hépatique. L'implantation terminée, on vérifie son étanchéité, qui est absolue. On met, par précaution, une petite mèche et un drain n° 25 au contact, et on referme la paroi après avoir réséqué la peau fistulisée. Deux étages à la soie fine; de la soie sur la peau.

Durée totale de l'opération : 1 h. 22 minutes.

Quantité de chloroforme à la compresse : 66 centimètres cubes.

Suites opératoires. — Toujours des vomissements pendant les trois jours consécutifs à l'opération. Le troisième jour, garde-robe de coloration normale, et, à partir de ce moment, *elles restent toujours colorées.*

La température, qui avait baissé à 37 degrés les deux premiers jours, s'élève à 38 et s'y maintient depuis ce moment. Mais les oscillations sont beaucoup moins grandes qu'auparavant, à peine 1/2 degré entre le matin et le soir.

Le sixième jour, on retire le drain; le huitième jour, on retire les fils de la suture abdominale et une partie de la mèche; le douzième jour, on retire le reste de la mèche.

Les urines restent aux environs de 700 grammes, mais l'urée baisse encore et l'analyse ne révèle que 3 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

La malade se lève le vingt et unième jour.

Elle a repris une livre depuis un mois. Son état général est meilleur; cependant, chaque jour, elle a un accès fébrile avec ascension à 38 degrés, mais cet état dure environ une heure et demie ou deux heures (de 4 h. 1/2 à 6 heures), et, le reste de la journée, la malade est bien portante, pouvant sortir et marcher.

A l'examen, on trouve une cicatrice absolument solide, sans le moindre point faible dans la paroi.

Le foie est un peu diminué de volume, restant à un travers de doigt au-dessus des fausses côtes; les autres viscères sont normaux.

Obs. II (personnelle). — *Pancréatite? Implantation de l'hépatique dans le duodénum. Guérison de l'ictère chronique. Opération le* 12 *décembre* 1906.

Mme B..., femme V..., trente-trois ans, couturière, demeurant à Paris, nous est adressée à l'hôpital de la Pitié par notre ancien interne, le Dr Armand Bernard, pour un ictère chronique précédé de crampes stomacales.

Réglée à seize ans et toujours régulièrement; grossesse à vingt ans, enfant bien portant. Pas de fausse couche.

Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. A mentionner seulement quelques migraines durant deux ou trois jours, s'accompagnant parfois de vomissements et survenant de temps en temps depuis quelques années.

Début de la maladie. — Au commencement d'octobre 1906, la malade fut prise, pour la première fois, de douleurs d'estomac; ces douleurs

étaient continues, mais avec paroxysmes durant de 15 à 20 minutes. Elles étaient localisées à la région épigastrique, sans irradiations, et indépendantes de l'absorption des aliments.

D'ailleurs ces douleurs n'avaient pas une intensité extrême, elles n'obligèrent pas la malade à s'aliter, ne l'empêchèrent pas de continuer son travail. Elles ne causaient même pas d'insomnies.

Il n'y eut pas de vomissements.

Deux jours après le début des douleurs, la malade commença à jaunir et ses matières se décolorèrent.

Depuis lors l'ictère a persisté, en augmentant d'intensité et sans jamais diminuer. Les matières, que la malade examina chaque fois, sont restées constamment décolorées.

Les douleurs à la région épigastrique ont diminué de fréquence. Elles ne sont plus continues. Elles apparaissent irrégulièrement une ou deux fois par jour, ou même moins souvent, sous forme de crampes durant quelques instants, puis disparaissant. Jamais il n'y a eu de douleurs très violentes, de vraies coliques hépatiques.

Etat actuel. — Malade d'embonpoint assez marqué, quoique ayant beaucoup maigri. Ictère jaune foncé, presque vert, généralisé à toute la surface des téguments et des muqueuses.

La palpation de l'abdomen, difficile en raison de l'épaisseur de la paroi, ne permet pas de sentir nettement la vésicule. Il semble cependant qu'il y ait une résistance plus grande à son niveau. Le bord inférieur du foie ne déborde pas les fausses côtes. A la percussion, la matité hépatique remonte jusqu'au 4e espace sur la ligne mamelonnaire.

La percussion est un peu douloureuse au point épigastrique et au point cystique.

Estomac non dilaté. Rate normale. Rien au cœur, 60 pulsations à la minute. Rien au poumon. Pas de fièvre.

La malade se plaint de démangeaisons, peu marquées cependant.

Matières décolorées.

Analyse des urines : quantité par 24 heures, 1.300 grammes ; — urée, 9 gr. 80 par litre. — Ni sucre ni albumine. — Pigments biliaires en quantité.

Opération, le 12 décembre 1906, par M. F. Terrier. — Aides, MM. Gosset et Guimbellot ; anesthésie par M. Boureau.

Incision en baïonnette de Kehr.

Apparition de la vésicule distendue, débordant le foie de plus de 4 centimètres. Les bords de la plaie rétractés et protégés par des compresses aseptiques, on ponctionne la vésicule et on en retire par aspiration environ 200 grammes de bile épaisse et noirâtre.

La vésicule est séparée par décollement de la face inférieure du foie. Arrivé au col de cette vésicule, on découvre et lie l'artère cystique isolément.

Poursuivant l'isolement du canal cystique qui ne contient pas de calculs, on arrive à l'abouchement de ce canal avec le canal cholédoque dilaté et présentant le volume du petit doigt.

On sectionne le canal cystique au niveau de son abouchement avec le cholédoque, et l'on prolonge par en bas la brèche ainsi créée sur le tractus biliaire de façon à obtenir une ouverture de 1 centimètre au moins. Introduisant une bougie n° 12 dans le bout supérieur, c'est-à-dire dans l'hépatique, on constate que celui-ci est libre, dilaté, sans calcul, et il s'en écoule une notable quantité de bile, d'abord noirâtre, puis bientôt de coloration jaune foncé.

On cherche à pénétrer avec une autre bougie de même calibre dans le bout inférieur, c'est-à-dire dans le cholédoque, mais on est arrêté bientôt au niveau de la traversée pancréatique. L'oblitération du cholédoque en ce point paraît complète; rien n'arrive à franchir l'obstacle, ni une bougie filiforme, ni une sonde cannelée, ni un stylet.

On reconnaît alors dans la tête du pancréas un noyau ligneux, du volume d'une grosse noisette. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un calcul du cholédoque, et pour s'en assurer on ponctionne ce noyau avec une fine aiguille et à plusieurs reprises; l'aiguille s'y enfonce, en donnant la sensation d'un noyau d'une dureté exceptionnelle.

S'agit-il d'une néoformation inflammatoire ou d'un néoplasme, en tout cas on peut affirmer la non-existence d'un calcul.

A ce moment, on hésite entre deux opérations :

L'établissement d'un drainage de l'hépatique avec constitution d'une fistule biliaire temporaire; — ou bien, une implantation du canal hépatique dans le duodénum. On se décide pour une hépatico-duodénostomie. Pour cela on sectionne complètement d'avant en arrière le tractus biliaire, au point où s'abouchait le cystique, et l'on obtient ainsi deux orifices : en bas l'orifice du cholédoque, que l'on ligature au catgut; — en haut, l'orifice de l'hépatique, que l'on se met en demeure d'implanter dans le duodénum, au niveau de sa première portion et dans la partie tapissée de péritoine.

Quatre points séparés, à la soie fine, autant que possible non perforants, unissent la demi-circonférence postérieure de l'hépatique à la séro-musculeuse du duodénum. Puis ouverture du conduit duodénal et anastomose des deux bouches (hépatique et duodénale) par une série de points perforants, à la soie très fine, portant sur la demi-circonférence postérieure et ensuite sur la demi-circonférence antérieure. Renforcement de cette suture avec quelques points antérieurs fixant au devant de l'anastomose quelques franges épiploïques.

Deux mèches et un drain sont mis en contact avec l'anastomose.

Fermeture de la paroi abdominale à la soie fine, en deux étages.

Durée : une heure trente, quantité de chloroforme 83 centimètres cubes. Bonne anesthésie.

Suites opératoires des plus simples. Le soir de l'opération, la température est à 37°8 et le pouls à 86. La température est toujours restée normale, sauf le soir du 4e jour, où elle est montée à 37°7. Le pouls n'a jamais dépassé 86.

15 décembre (3e jour après l'opération), la malade rend des gaz.

16 décembre. A la suite d'un lavement, selle colorée. Du reste, le jour même de l'opération, la bile était rejetée avec les vomissements.

On enlève une des mèches et le drain le 7e jour, la seconde mèche est enlevée le 10e jour ; la bouche fonctionne parfaitement et pas une goutte de bile n'a été constatée dans le pansement.

L'ictère diminue rapidement, et le 31 décembre (19 jours après l'opération) la malade a les téguments presque décolorés.

Le seul incident à signaler est un petit hématome (du volume d'une noix) à la partie inférieure de la cicatrice.

La malade sort guérie le 5 janvier 1907.

Telles sont, Messieurs, les deux opérations d'implantation de l'hépatique dans le duodénum que j'ai faites ; la première, dans des conditions très difficiles pour remédier à une angiocholite, suivie de retrécissement inflammatoire après une double opération de Kehr; la seconde, dans des conditions relativement plus simples, un rétrécissement par néoformation épithéliale ou inflammation du canal cholédoque dans sa traverssée de la tête du pancréas.

Ici, le procédé opératoire suivi par nous fut analogue, sinon identique, à celui utilisé par W. J. Mayo et publié avec planches dans les *Annals of Surgery*, en juillet 1905, pages 90-97.

M. Tuffier. — Le professeur Terrier a bien voulu rappeler les termes de ma communication dans lesquels je conseillais l'abouchement du canal hépatique dans le duodénum et les principes de son exécution.

Je crois que cette opération est applicable aux cas dans lesquels l'anastomose de la vésicule biliaire et de l'intestin est irréalisable. C'est ainsi que chez des malades qui ont déjà subi une cholécystectomie, et qui présentent une oblitération non calculeuse du cholédoque, il faut bien dériver la bile au niveau de l'hépatique. Il est une autre lésion plus fréquente qui commande cet abouchement, c'est l'existence d'une tumeur occupant le confluent du canal cystique et du canal hépatique; là encore l'abouchement de l'hépatique et de l'intestin s'impose. C'est dans un cas de ce genre que j'ai dû pratiquer cette anastomose.

Il s'agit d'un malade dont je vous ai rapporté l'histoire dans la séance du 7 février 1906, p. 158, et dont je vous dois la fin. Ce malade atteint d'un *épithélioma du confluent cystico-hépatique* présentait un ictère chronique avec fièvre intense et je lui fis avec mon collègue Huë, de Rouen, un drainage de l'hépatique qui fit cesser et l'ictère et l'état fébrile; je terminais alors l'observation en vous disant que l'état de cet homme était si amélioré qu'il voulait garder sa fistule biliaire. Trois mois après, cette fistule commença à fonctionner défectueusement et quelques

accès de rétention bilieuse s'accompagnèrent de fièvre, si bien que je fus sollicité d'intervenir de nouveau.

Je fis l'opération que je vous avais proposée, c'est-à-dire l'anastomose du canal hépatique avec l'intestin grêle. Mon collègue Hue m'assista. Cette intervention fut très laborieuse ; la petite tumeur que j'avais constatée lors de ma première opération avait notablement augmenté ; elle remontait haut sur le canal hépatique. Je fus donc très gêné pour aboucher la partie supérieure de ce canal dans l'intestin. J'arrivai cependant à faire une suture très correcte, séreuse à séreuse, et muqueuse à muqueuse ; l'intestin fut bien suspendu au niveau de la suture, qui, ainsi, n'était pas distendue. Malheureusement, mon malade, très affaibli avant l'opération, succomba trente-six heures après l'opération.

M. Schwartz. — Il me semble avoir compris que dans sa seconde observation, M. Terrier avait trouvé une vésicule pleine de bile ; je démanderai à M. Terrier pourquoi, si le canal cystique était perméable, il n'a pas pratiqué la cholécystentérostomie, qui, dans un cas tout récent calqué sur le sien, m'a donné un très beau résultat ?

Je comprends que M. Terrier ait fait l'implantation étant donnés les mauvais résultats qu'il avait obtenus pour sa première observation, et sous l'impression des ennuis qu'il avait eus.

Présentation de malade.

Fracture transversale de la rotule traitée par la griffe du professeur Duplay.

M. Demoulin. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme âgé de cinquante ans, atteint, il y a trois mois et demi, de fracture transversale de la rotule gauche, fracture que j'ai traitée par la griffe du professeur Duplay.

Partisan de l'évacuation des caillots articulaires par un lavage minutieux, du grattage des surfaces fracturées après relèvement du surtout ligamenteux interposé aux fragments, de la suture ou du cerclage de ces fragments (au fil d'argent) selon les cas ; ayant toujours obtenu de cette méthode les meilleurs résultats, je ne me suis résolu à l'emploi de la griffe, dans la circonstance présente, qu'en raison du mauvais état général du blessé, atteint de tuberculose pulmonaire avancée (3e degré), état qui m'a paru contre-indiquer l'intervention sanglante.

Lorsque je vis le malade, pour la première fois, quinze jours environ après l'accident, l'écartement des fragments rotuliens, de volume sensiblement égal, était de deux centimètres, dans l'extension de la jambe sur la cuisse, et augmentait dans de sensibles proportions, quand, avec de grandes précautions, on fléchissait passivement le genou; il y avait encore, dans l'articulation fémoro-tibiale, un épanchement assez abondant; je le ponctionnai avant d'appliquer la griffe et retirai 60 grammes, environ, de sang rouge, fluide.

La griffe fut laissée en place pendant vingt-huit jours; après l'avoir retirée, je maintins le blessé pendant quinze jours encore au lit, avec un bandage ouaté compressif; il commença à se lever et à marcher avec des béquilles (qu'il quitta rapidement pour une canne), deux mois après l'accident.

Vous pouvez constater que les fragments sont bien coaptés, et qu'ils ne sont séparés que par une rainure d'une largeur de deux millimètres, sur les bords de laquelle se trouvent de petites irrégularités osseuses.

La radiographie que je vous présente, montre entre les fragments un espace clair de la même étendue. Le cal est-il osseux, est-il fibreux? Je le crois fibreux. Peu importe d'ailleurs, puisqu'il est court et solide. La mobilité transversale de la rotule n'est que très légèrement diminuée, l'articulation du genou gauche ne contient pas de liquide, la synoviale ne paraît pas épaissie, il n'y a que de très légers craquements articulaires.

Le blessé peut fléchir la jambe sur la cuisse à angle droit. L'atrophie quadricipitale est nette, mais modérée, bien que le blessé, de par son état général, reste longtemps au lit.

Le malade peut marcher sans appui, avec un peu d'hésitation et une claudication peu prononcée; il monte et descend, comme vous le voyez, assez facilement, les escaliers.

J'estime que le résultat que j'ai obtenu, par la griffe de Duplay, est satisfaisant, et il serait certainement meilleur, si j'avais pu faire masser le patient après la levée de l'appareil.

J'ai voulu, en présentant ce malade, rappeler l'attention de mes collègues sur la griffe de Duplay, qui donne, ainsi que j'ai pu le voir, lorsque j'avais l'honneur d'être le chef de clinique de mon éminent maître, de bons résultats dans les fractures transversales de la rotule. C'est, à mon avis, une ressource précieuse, dans les cas où les blessés refusent l'opération, ou dans ceux où leur état général la contre-indique.

M. Lucas Championnière. — Je ne voudrais faire aucune peine à mon collègue et ami Demoulin, mais je ne puis admettre comme

lui que le résultat qu'il nous présente soit très satisfaisant.

Les fragments ne sont pas très écartés il est vrai ; et le sujet fléchit son membre tout en marchant assez médiocrement. Je crois pourtant qu'il a obtenu ce qu'on peut obtenir quand on ne fait pas la suture.

Mais il a mis trois mois pour cela et subi un traitement assez pénible.

Je suis convaincu que s'il avait été soumis, de bonne heure à la marche, en subissant un massage raisonnable, comme l'ont autrefois conseillé Metzger, puis Tilanus, méthode que j'ai souvent appliquée alors que je ne faisais pas de suture et aussi depuis, dans quelques cas dans lesquels je croyais ne pas devoir faire de suture, il eut obtenu un résultat tout aussi satisfaisant. Je ne puis lui dire retrospectivement s'il eut eu exactement le même écart qu'aujourd'hui. Mais cela n'a guère d'importance au point de vue de la fonction du membre que l'on peut obtenir par ce procédé simple et facile.

Je ne crois pas que le cas actuel fasse grand chose pour la réhabilitation de la griffe de Malgaigne dont il serait long de discuter le principe qui me paraît assez médiocre en matière de fracture de rotule.

Je suis d'accord avec M. Demoulin pour admettre que l'aspect de son blessé n était guère tentant pour la suture de la rotule.

M. Tuffier. — Le malade qui nous est présenté est dans un état très satisfaisant malgré son cal fibreux.

Je veux à ce propos faire remarquer la différence capitale entre les procédés de non-suture quels qu'ils soient et la suture. Les premiers laissent et laisseront toujours entre les fragments osseux l'interposition fibreuse constituée par les débris aponévrotiques qui viennent coiffer les deux surfaces cruentées ; cette interposition est presque constante et je crois qu'elle est l'origine de l'absence de consolidation des fractures de la rotule, bien plutôt que toutes les causes invoquées. Seule l'ouverture de l'articulation permet de remédier à cet inconvénient et de réunir directement ou indirectement les surfaces osseuses; pour moi je me contente maintenant le plus souvent d'une suture périphérique au catgut.

M. Demoulin. — Notre collègue Tuffier vient d'insister sur l'interposition, entre les fragments de la rotule fracturée, d'une partie du surtout ligamenteux déchiré, et, sur la nécessité de l'opération sanglante, pour remédier à cette interposition. Je n'ai qu'un mot à dire, c'est que je suis absolument d'accord avec lui, et qu'il prêche un converti.

M. Lucas-Championnière ne trouve pas que le résultat que j'ai obtenu par la griffe de Duplay, soit supérieur à celui qu'on aurait retiré de la méthode du massage, de la mobilisation et de la marche rapides. Il s'est défendu fort aimablement de vouloir critiquer ce que j'ai cru devoir faire. Je l'en remercie, et je me déclare très honoré d'avoir provoqué la réponse d'un maître tel que lui.

Il a rappelé que certains malades atteints de fracture transversale de la rotule marchent très convenablement, même avec un écartement considérable des fragments, et il me semble bien, d'après ce qu'il a dit, qu'il ne croit pas à l'utilité de la coaptation exacte des fragments rotuliens, quand la suture ne peut être pratiquée.

Mais je m'en tiens aux conclusions de l'excellente thèse (1885) de notre collègue Chaput (bien qu'elles ne concernent que les fractures anciennes, elles sont vraies pour les fractures récentes), en particulier, à la première, ainsi conçue : « Quand la rotule se consolide sans augmentation de longueur, avec cal osseux (variété osseuse) ou avec cal fibreux (variété fibreuse), les mouvements se rétablissent. »

J'estime que quand un os est fracturé, le devoir du chirurgien est de rechercher la coaptation aussi exacte que possible des fragments ; c'est ce que j'ai essayé d'obtenir dans le cas présent, et il me semble que l'application de la griffe de Duplay m'a permis d'atteindre, d'une façon satisfaisante, le but que je m'étais proposé.

M. Lucas-Championnière. — Je tiens à faire remarquer à M. Demoulin que je n'ai pas soulevé la question de la suture que je mets tout à fait en dehors et au-dessus de toute thérapeutique.

Je n'ai discuté que la possibilité, ne faisant pas de suture, de faire suivre un traitement plus simple et plus court que celui de la griffe pour avoir des résultats aussi, sinon plus satisfaisants.

En passant, je lui dirai que toutes les modifications du traitement de la fracture de la rotule qui ne comportent pas l'ouverture large et le retrait des parties fibreuses qui séparent les fragments me paraissent interventions défectueuses et inadmissibles dans le traitement moderne et sérieux des fractures de rotule.

Présentation de pièce.

Polype du rectum.

M. Potherat. — Messieurs, les polypes du rectum, assez rares chez l'enfant, sont plus rares chez l'adulte et absolument exceptionnels chez le vieillard. C'est ce qui m'encourage à vous présenter cette tumeur que j'ai enlevée il y a vingt jours de l'intérieur du rectum d'un homme de soixante-deux ans, hospitalisé dans mon service de l'hôpital de Bon-Secours.

L'homme qui en était porteur fait remonter les accidents à six ans. Ceux-ci se révélèrent sous forme d'hémorragies à l'occasion de la défécation, hémorragies assez rares qu'il attribua à des hémorroïdes d'ailleurs non existantes.

Avec le temps, les hémorragies devinrent plus fréquentes et aussi plus abondantes. En outre, il y a quatre ans, une petite tumeur vint de temps en temps se montrer à l'orifice anal. Cette tumeur apparaissait à l'occasion de la défécation et rentrait dans l'intervalle des exonérations intestinales.

Considérée comme une hémorroïde interne, la tumeur fut soumise à des traitements médicaux aussi inefficaces que variés; ce que voyant, le malade vint me demander de l'opérer.

Le toucher rectal me montra que la région sphinctérienne était indemne de toute hémorroïde, mais il existait très haut, *à bout de doigt*, sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale, une tumeur du volume d'une petite noix, aplatie, solide, très mobile, et pouvant facilement être amenée au dehors de l'anus, où elle se présentait sous la forme d'une petite masse charnue, mamelonnée, d'un rouge vif, framboisée, légèrement exulcérée. En saisissant cette tumeur, et en l'attirant au dehors, on constatait qu'elle se rattachait au rectum par un pédicule aplati, de un centimètre et demi de diamètre à son union avec la tumeur, mais allant ensuite en s'élargissant rapidement. L'aspect de ce pédicule était absolument celui de la muqueuse rectale, de sorte que la tumeur, en apparence pédiculée, était en réalité sessile, mais elle avait entraîné par décollement la muqueuse rectale.

L'opération a consisté en ceci : dilatation forcée de l'anus, nettoyage soigneux de la muqueuse rectale, incision de la tumeur au niveau de son implantation sur la muqueuse rectale qui se trouve ouverte; suture en surjet de cette muqueuse, réduction intrarectale ; pansement enfin avec un gros drain entouré de gaze iodoformée.

Les suites ont été fort simples, le malade n'a présenté aucun

accident, et il est rentré chez lui au bout de dix jours. C'est ainsi que j'ai procédé l'année dernière chez une femme de cinquante-quatre ans, entrée dans mon service de l'hôpital Broussais, et qui avec des troubles moins marqués présentait une tumeur plus grosse, portée sur un très long pédicule, assez grêle, s'insérant très haut dans l'ampoule rectale. Cette tumeur avait les mêmes caractères macroscopiques que celle que je vous présente actuellement. Elle guérit rapidement sans aucun incident.

Les polypes du rectum à cet âge avancé me semblent absolument exceptionnels ; c'est ce qui m'a déterminé à vous rapporter ces deux faits de polypes charnus, dits *fibreux*. Dans le cas présent le polype n'est pas fibreux.

L'examen anatomique, qui n'avait pu être fait chez le malade ci-dessus, le montre nettement.

En effet, sur des coupes en série de toute la tumeur perpendiculaires à sa surface, faites avec beaucoup d'habileté par mon jeune ami M. Fiessinger, interne de mon collègue Œttinger à l'hôpital Broussais, on voit de la surface à la profondeur : 1° une tunique épithéliale ; 2° une couche glanduleuse en tubes très développés ; 3° une couche de fibres musculaires lisses, coupées transversalement ; 4° enfin une couche celluleuse avec des vaisseaux sanguins, veineux surtout, très développés. Aucun autre tissu, aucun autre élément cellulaire n'entrait dans la constitution de cette masse charnue. Il ne s'agit donc là que d'une tumeur constituée par les différentes couches de la muqueuse rectale ayant subi un développement localisé. Histologiquement on serait porté à croire qu'il s'agit là d'une hémorroïde, puisque sur une muqueuse non ou peu altérée on trouve des vaisseaux et en particulier une veine très développée ; mais le siège élevé serait tout à fait anormal. En un point restreint il y a comme une légère prolifération d'un cul-de-sac glandulaire, insuffisante pour voir là un épithélioma au début, mais qui doit faire apporter quelque réserve dans le pronostic, malgré l'ancienneté d'évolution de l'affection, ancienneté ne reposant du reste que sur l'affirmation du malade lui-même.

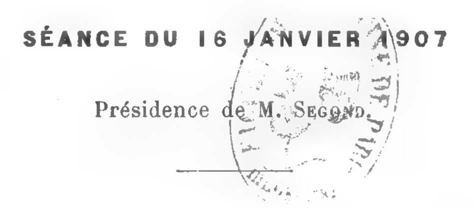
Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1907

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. le Directeur de l'enseignement supérieur, qui informe les membres de la Société que le 45e congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Montpellier le mardi 2 avril 1907.

A propos de la correspondance.

1° M. WALTHER dépose sur le bureau les procès-verbaux du 19e Congrès de chirurgie, Paris 1906.

2° M. le Dr KALLIONZIS, membre correspondant étranger, nous adresse le travail ci-après.

Lecture.

Note sur la prostatectomie transvésicale,

par M. le Dr KALLIONZIS,

Professeur de chirurgie-opératoire à l'Université d'Athènes,
Chirurgien de l'hôpital « *Aretacos* »,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Le nommé Christos Ag..., de soixante-dix ans, cultivateur (d'Argos, Peloponèse), entre le 5 novembre de cette année-ci 1906 dans mon service de l'hôpital « Aretacos » pour rétention d'urine; toujours bien portant, il a eu des troubles vésicaux légers remontant à plusieurs années; hématurie unique, il y a dix ans à peu près; depuis cinq jours, rétention complète nécessitant le sondage qui était toujours extrêmement difficile, bien douloureux et faisait saigner l'urètre; le toucher rectal prouve une hypertrophie de la prostate classique. État général bon.

Autant d'indications pour intervenir par une prostatectomie transvésicale, parce que la prostate proéminait dans la vessie. C'est ce que je fis le 7 du mois de novembre de cette année-ci 1906.

La vessie ouverte par la taille hypogastrique, le malade en léger Trendelenbourg, je vis par l'écarteur de Legueu et j'ai senti par le doigt un lobe moyen proéminant en arrière de l'orifice urétral, et deux lobes entourant fortement sur la partie postérieure et les parties latérales le col de la vessie.

Après incision au bistouri de la muqueuse vésico-prostatique, j'introduisis mon index droit dans la vessie et j'ai bien trouvé le plan de clivage qui me permit de faire facilement l'énucléation totale de la prostate hypertrophiée, tandis que par mon index gauche, bien ganté, introduit dans le rectum, j'étais fortement et précieusement aidé et orienté pour l'énucléation.

Ceci fait, et n'ayant pas confiance absolue au fonctionnement parfait du drainage hypogastrique, j'exécute immédiatement la boutonnière périnéale et je draine par cette voie largement à l'aide de deux gros drains dans la vessie et la cavité prostatique; suture partielle du trauma hypogastrique; mèche, par l'hypogastre, de gaze iodoformée jusqu'à la cavité prostatique; suites très simples; enlèvement de la mèche hypogastrique le 4e jour; enlèvement des drains périnéaux le 7e jour; depuis ce jour sonde à demeure pendant huit jours; fermeture complète des plaies hypogastrique et

périnéale le 19e jour après l'opération; le 22e jour après l'opération, l'opéré urinait seul et vidait sa vessie, et il quitte l'hôpital, se rendant chez lui.

Comme M. Bazy et M. Legueu, je pense que le doigt remplace avantageusement tout autre instrument pour faire l'énucléation de la prostate transvésicalement et, de plus, que ni les ciseaux, ni aucun autre instrument ne permettront de faire avec une sécurité aussi exacte cet acte opératoire du décollement de la prostate hypertrophiée.

Je connais bien la « technique opératoire de la prostatectomie transvésicale » de M. Duval (*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, fasc. n° 20, du 15 octobre 1906). Mais je crois que cette ingénieuse tentative réalisée par M. Duval ne peut malheureusement pas être généralisée, comme aussi la taille de grands lambeaux muqueux aux dépens des faces de l'urètre prostatique comme l'a fait M. Legueu pour les placer sur les parties correspondantes de la loge prostatique cruentée; si on prend en considération que les vessies sur lesquelles on opère sont des vessies infectées, la plupart chroniquement enflammées, que l'hémorragie couvre le champ opératoire, on a autant de raisons sérieuses de ne point s'attendre à une réunion de suture de ces lambeaux. Pour ces raisons, je crois plus prudent, étant donné l'infection de la vessie, de drainer largement la loge prostatique et la vessie par le périnée, au moyen d'une boutonnière périnéale, comme l'a fait, je crois, Israël (de Berlin), ce qui est une garantie absolue tant pour l'opéré que pour l'opérateur, et qui n'aggrave en rien le tout de l'opération, bien au contraire (comme le prouve ma présente observation), parce que ni le siphon hypogastrique, ni la voie de l'urètre ne prêtent la même sécurité du drainage périnéal, étant donné que dans les circonstances spéciales de l'ablation de la prostate transvésicalement, il y a une plaie vésicale — la loge prostatique — qui peut se prêter facilement aux infiltrations dangereuses de l'urine altérée et septique, pour peu que le siphon hypogastrique ou la sonde à demeure ne fonctionne pas bien. Je crois même que ce drainage périnéal assure une prompte guérison et assure contre toute fistule hypogastrique ainsi que le prouve cette observation.

A l'occasion du procès-verbal.

Mammite double de la lactation simulant une tumeur maligne. Évolution sarcomateuse ultérieure.

MM. Chaput et Souligoux. — Le 21 novembre 1906, nous vous avons présenté une jeune femme atteinte d'une hypertrophie mammaire considérable qui avait d'abord simulé une tumeur maligne puis avait rétrocédé sous l'influence de la compression, à tel point que nous avions admis une mammite de la lactation.

Cette malade quitta l'hôpital peu après, le 21 novembre, en promettant de faire faire une compression convenable. Elle revint à la fin de décembre avec une augmentation considérable de ses tumeurs mammaires, lesquelles adhéraient à la peau sur une vaste étendue. Les plaques violacées produites par de fines arborisations vasculaires étaient très étendues. Nous conclûmes au diagnostic de tumeur maligne. La malade a été opérée il y a quelques jours et M. Cornil a constaté des lésions de sarcome globo-cellulaire.

Examen du sein, par M. le Professeur Cornil : « Sein très volumineux dont la peau est amincie de dedans en dehors par les masses néoplasiques sous-jacentes. La peau en est soulevée et dans un endroit exulcérée.

« Sur une surface de section de la glande on voit de gros îlots néoplasiques, du volume d'une noisette et même plus, sphériques, de couleur un peu verdâtre, séparés par un tissu fibreux peu abondant. La couleur est due à un peu de pigment sanguin répandu partout dans le néoplasme.

« A l'examen des coupes faites en 3 points, je n'ai pas vu d'acini mammaires dans les masses néoplasiques. On y trouve seulement quelques coupes rares de conduits galactophores normaux. Tout le tissu nouveau est constitué par des cellules rondes à noyaux ovoïdes avec très peu de tissu conjonctif, des capillaires à parois formées uniquement d'épithélium. C'est un type de sarcome globo-cellulaire. »

La malade, très cachectique, a succombé en quelques jours aux suites de son opération, sans avoir présenté de signes d'infection.

Nous communiquerons ultérieurement le résultat de la nécropsie.

Empalement accidentel, perforation de la paroi antérieure du rectum et contusion de la vessie. Laparotomie. Guérison.

M. Sieur. — Le 9 juillet, vers une heure de l'après-midi, plaisantant avec ses camarades, M. H... fait le geste de s'asseoir sur une règle d'écolier de 40 centimètres de longueur et placée verticalement à terre. Son pied ayant glissé, il perd l'équilibre et la règle pénètre dans le rectum dont elle perfore la paroi antérieure sur la ligne médiane. Elle s'insinue alors dans l'intervalle des vésicules séminales, en se creusant une sorte de sillon entre la paroi postérieure de la vessie et le feuillet péritonéal qui la tapisse. Arrivée au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de la vessie, elle pénètre dans l'abdomen en déchirant sur deux points le feuillet vésical du péritoine.

D'après le blessé, qui a lui-même retiré l'agent vulnérant, la pénétration aurait été de 0,15 centimètres.

Douleurs vives immédiates, nausées, bientôt suivies de vomissements et envie d'uriner impossible à satisfaire. En raison des douleurs qui siègent à la région hypogastrique et surtout du besoin d'uriner, le blessé se rend à l'infirmerie du bord où on le sonde trois heures après l'accident. On retire de la vessie 125 grammes d'urine fortement teintée de sang. Du côté de l'anus, que l'on examine à ce moment, il se fait un écoulement sanguin relativement peu considérable. A neuf heures du soir, un second cathétérisme ramène 60 grammes d'urine claire; à cinq heures du matin, nouveau cathétérisme ramenant 300 grammes d'urine louche ne paraissant pas contenir de sang.

La nuit du 9 au 10 juillet, malgré la prise de 10 centigrammes d'extrait d'opium, a été mauvaise : le blessé a été réveillé à diverses reprises par de vives douleurs dans la région hypogastrique, mais les nausées et les vomissements se sont calmés dans la nuit.

La température a suivi la marche suivante :

Le 9 à cinq heures du soir, 38°2; à 8 heures du soir 38°4; à 11 heures du soir, 38°6.

Le 10 à deux heures du matin, 38°2; à 6 heures du matin, 38°4; pouls, 104; à 11 heures du matin, 38°2; pouls, 112.

Ce n'est que dans la journée du 10 juillet, à 2 heures de l'après-midi, soit vingt-cinq heures après son accident, que le blessé arrive dans notre service.

Il est assez calme, en pleine intelligence, sans facies particulièrement grippé, mais la respiration est active, la peau chaude et le pouls à 112. Pas de nausées ni de vomissements.

Le ventre est tendu, douloureux dans son ensemble, mais particulièrement dans les deux régions hypogastriques droite et gauche; l'intestin est légèrement tympanisé, mais le son est un peu sourd et mat au niveau de la vessie, qui ne s'est pas vidée depuis le dernier cathétérisme pratiqué à cinq heures du matin.

Le toucher rectal se fait facilement, car l'anus paraît comme dilaté et infundibuliforme. A bout de doigt, l'extrémité de l'index sent une ouverture dans laquelle elle s'engagerait facilement si l'on insistait un peu, ouverture qui occupe le milieu de la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Cet attouchement est peu douloureux et ne ramène pas de sang, mais le doigt est imprégné d'une forte odeur de sang altéré mélangé à des matières fécales. Un dilatateur introduit avec ménagement confirme l'exploration digitale et permet d'apercevoir une ouverture à bord contus, mesurant près de 2 centimètres de long.

On anesthésie alors le spincter à l'aide de 4 injections de cocaïne et on procède à la dilatation anale à l'aide du dilatateur à 3 branches de Nicaise. Cette dilatation se fait sans douleur aucune et, quand on a bien essuyé le rectum à l'aide de tampons, on explore prudemment la perforation à l'aide d'une sonde canelée. Celle-ci, après avoir traversé toute l'épaisseur de la paroi rectale, se dirige, sans la moindre résistance, en haut et en avant. Au cours de cette exploration, on voit sourdre quelques gouttes de liquide qui pourrait être de l'urine si l'on n'avait l'impression bien nette que la vessie est pleine de liquide. Du reste, le cathétérisme vésical fait immédiatement après montre le bien fondé de cette impression en permettant de retirer 300 grammes d'urines claires. Il semble donc qu'il n'y ait aucune relation entre la vessie et la plaie rectale et qu'en raison de l'état de l'abdomen et des signes généraux, il soit plus rationnel d'admettre l'existence d'une perforation péritonéale. Un tampon étant maintenu sur la plaie rectale, on introduit dans le rectum et l'S iliaque une grosse et longue sonde œsaphagienne et on lave le gros intestin avec 3 ou 4 litres de sérum mélangé d'acide borique. Il s'écoule d'ailleurs peu de matières fécales, attendu que le malade avait eu une selle abondante une heure environ avant son accident.

Tout est alors préparé pour une laparotomie hypogastrique.

Incision médiane de 10 centimètres commençant à la symphyse pubienne. Dès l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide purulent d'aspect laiteux, avec quelques longs fragments fibrineux. Pas d'issue de gaz ni de matières fécales; le péritoine pariétal est rouge et toutes les anses grêles sont enflammées, mais, seules, celles qui sont en contact avec le fond du bassin, sont couvertes d'exsudats fibrino-purulents, qui s'enlèvent très facilement.

Quatre à cinq litres de sérum chaud sont injectés dans l'abdomen pendant que les lèvres de la plaie opératoire, saisies entre les doigts, sont alternativement soulevées et abaissées pour faciliter l'entrée et l'issue du liquide. Quand ce dernier revient absolument clair, on enlève à l'aide de tampons de gaze ce qui reste dans les parties déclives et on explore rapidement toute l'étendue des anses grêles depuis leur embouchure dans le gros intestin jusqu'au niveau du jejunum. Aucune lésion n'est rencontrée. Nouveau tamponnement du bassin pour bien l'assécher et renversement du malade sur un plan modérément incliné. A l'aide d'une grande compresse et des doigts d'un aide, on refoule en haut les anses grêles et, s'aidant du miroir frontal, on constate l'existence de deux plaies péritonéales à bord déchiquetés, séparées l'une de l'autre par un pont séreux de 1/2 centimètre à peine et siégeant sur le milieu de la face postérieure de la vessie. Celle-ci paraît indemne ou du moins n'est pas perforée et seul son feuillet séreux a dû être déchiré par le corps traumatisant. La lèvre inférieure de la plaie est saisie avec une pince et attirée assez facilement en haut, ce qui permet de la suturer à l'aide d'un surjet au catgut terminé par une sorte de suture en bourse comprenant les deux déchirures. La plus grande mesure environ 2 centimètres dans le sens transversal sur un centimètre de haut. La plus petite est plus étroite et ne mesure guère plus d'un centimètre.

L'absence d'aide et la profondeur à laquelle il faut agir rendent cette réunion un peu pénible. Ces deux plaies fermées, on explore le fond de la cavité du bassin qui paraît absolument étanche. Le gros intestin en particulier apparaît avec son aspect normal; du reste, il est vraisemblable, en raison de la façon dont s'est produit le traumatisme, qu'il n'existe pas d'autre lésion et que la règle, après avoir traversé le rectum, s'est tracé un tunnel entre la paroi postérieure de la vessie et le feuillet péritonéal qui la recouvre et n'a perforé ce dernier qu'au niveau de la partie moyenne de cette paroi postérieure. Nouveau nettoyage du bassin à l'aide de tampons et mise en place de deux gros drains accouplés allant depuis le fond du cul-de-sac de Douglas jusqu'à la symphyse pubienne, se mettant ainsi en contact avec la suture séreuse au catgut; fermeture des angles supérieur et inférieur de l'incision pariétale par 3 points au catgut et au crin de Florence.

Le malade est alors placé dans la position de la taille; large dilatation de l'anus et du rectum à l'aide du dilatateur à trois branches de Nicaise et, après un nouveau lavage, suture de la plaie rectale au catgut (quatre points séparés). Bien qu'assez pénible, cette suture s'exécute encore assez facilement grâce à l'espèce de projection en bas que subit l'ampoule rectale quand

l'intestin est fortement dilaté; la plaie réunie mesure bien 3 à 4 centimètres de longueur.

Un gros tube en caoutchouc est introduit dans le rectum ; on l'entoure de gaze imprégnée de vaseline de Reclus afin de mieux protéger la plaie rectale contre la possibilité d'une infection.

11 *juillet.* — La nuit a été bonne, les douleurs du ventre sont presque nulles; la sonorité existe partout, et il ne s'est produit aucun écoulement par les deux drains. De même, du côté du rectum, il n'existe qu'une douleur très modérée sans épreintes, et le drain n'a rien laissé sourdre.

Pouls à 116, régulier et plein ; température, 37°5. Le soir, pouls, 110 ; temp., 38 degrés. Une numération globulaire donne comme résultat 18.000 globules blancs; injection de 1.200 grammes de sérum.

12 *juillet.* — Nuit calme. Temp., 38°2, pouls à 100. Facies tout à fait satisfaisant. Depuis l'opération, la miction se fait normalement, sans douleur bien vive. Le pansement n'est nullement souillé; le ventre est plus souple et une selle légère s'est faite spontanément dans la nuit par le drain rectal.

Quelques gouttes d'eau oxygénée introduites dans les deux tubes abdominaux reviennent en écume blanche, on injecte à leur suite de la vaseline de Reclus.

Du côté anal, on introduit avec assez de peine un spéculum bivalve afin de retirer le drain qui est bouché par des matières fécales et dont la gaze est également souillée. La suture rectale semble parfaite, sans induration ni gonflement périphérique. Un grand lavage est fait à l'aide de sérum, puis d'eau oxygénée, et on réintroduit le tube entouré de gaze fortement imprégnée de vaseline de Reclus.

13 *juillet.* — Le soir, temp., 38°4, injection de 1.000 grammes de sérum; l'amélioration continue et, d'après l'ensemble des signes, il est évident que la péritonite est enrayée. Le pouls est tombé à 80. Temp. le matin, 38°3; le soir, 38°4. Pas de pansement, 400 grammes de sérum.

14 *juillet.* — Pouls à 72. Le malade a dormi toute la nuit; une grande cuillerée d'huile de ricin administrée en raison de l'existence de quelques coliques signalées la veille provoque une selle qui s'effectue par le tube rectal.

Du côté du ventre, absence de tympanisme et de sensibilité, fosses iliaques et flancs sonores. L'écoulement par les drains est très modéré, sans aucune odeur.

Du côté de l'anus, lavage du tube; grand nettoyage du rectum qui ramène d'abondantes matières fécales. Après avoir épongé le liquide, on constate qu'il se fait, par *la plaie rectale désunie*, un

écoulement purulent relativement abondant, mais comme il n'existe pas de douleurs périnéales ni d'induration ou de gonflement d'aucune sorte, on se borne à un nettoyage à l'eau oxygénée et à la réintroduction du drain entouré de gaze imprégnée de vaseline de Reclus. Temp. matin, 37°8 ; le soir, 38°9 ; urines, 1.200 grammes avec abondant dépôt phosphatique.

Dans la journée, le malade a deux ou trois selles excessivement abondantes qui nécessitent le changement du pansement anal.

15 *juillet*. — Nuit bonne ; toujours pas de douleurs de ventre ; miction facile. A noter depuis deux jours l'émission de gros crachats purulents dus à l'existence d'une congestion pulmonaire siégeant aux deux bases. Température ce matin, 37°8 ; pouls, 72.

Etat de la plaie du ventre satisfaisant ; néanmoins, le pansement est un peu souillé de pus.

Du côté du rectum, il existe d'abondantes matières fécales qu'un grand lavage au sérum parvient à peine à enlever. Le rectum bien nettoyé, on constate la béance complète de la plaie rectale, laquelle conduit dans un foyer purulent placé entre les vésicules séminales, la vessie et le péritoine. Il est évident que ce foyer peut offrir de graves inconvénients, s'il est mal drainé et si les matières fécales séjournent dans son intérieur. Il est donc nécessaire de le drainer. Afin d'obtenir ce résultat, j'hésite entre la taille prérectale, qui aurait l'avantage de respecter le sphincter, mais exposerait à une infection périnéale et peut-être à un sphacèle de la paroi antérieure ano-rectale qui se trouverait comprimée entre deux drains, ou une rectotomie antérieure portant uniquement sur le sphincter, et qui aurait l'avantage de laisser l'anus largement béant et de permettre le drainage par deux drains accouplés : l'un pénétrant dans le foyer antérectal et l'autre restant dans l'ampoule rectale pour assurer l'issue des gaz et des matières fécales. C'est à ce dernier moyen que je donne la préférence. A l'aide du thermo-cautère, fente médiane de la paroi antérieure de l'anus, au niveau du sphincter, en ayant grand soin de ne pas dépasser ses limites. On peut alors facilement introduire un gros drain dans la poche prérectale, et au-dessous de lui un tube rectal proprement dit. Lavage des deux cavités à l'eau oxygénée et large pansement ouaté.

Bien qu'un peu fatigué par cette intervention, l'opéré se sent mieux ; T. ce soir 38°6, pouls à 72.

19 *juillet*. — Le 16 juillet, on a retiré les deux tubes drainant le cul-de-sac de Douglas afin de les nettoyer et on les a réintroduits assez facilement. Aucune collection ne paraît exister dans l'abdomen ; seul le fond du cul-de-sac souille les premières parties d'eau oxygénée qui y sont injectées.

Du côté du rectum, on procède à un grand lavage évacuateur de l'ampoule rectale et, au milieu des abondantes matières fécales éliminées ainsi, on retire un lombric de 30 centimètres de long.

Quelques fibres sphinctériennes antérieures paraissant avoir échappé à la section faite hier, sont à nouveau détruites au thermocautère. Le tube introduit dans l'abcès antérectal tient bien et assure parfaitement l'écoulement du pus; lavage avec eau oxygénée et remise en place du drain rectal.

A dater de cette dernière intervention, la température s'est constamment maintenue au-dessous de 38 degrés le soir et à 37 degrés le matin.

Hier, la plaie antérectale paraissait si nette que le drain a été remplacé par des mèches iodoformées; on a dû les retirer ce matin et remettre un drain, parce que le pus s'écoulait mal.

Mais un fait nouveau s'est produit. Depuis deux jours, la quantité d'urines recueillies nous paraissait anormale ; nous en avons eu l'explication ce matin en constatant que le pansement abdominal était entièrement souillé d'urine et que la vessie était complètement vide. Une fistule a dû se faire au niveau de la partie contuse de la paroi postérieure de la vessie et l'issue de l'urine se fait au dehors par les drains hypogastriques. Ce qui le montre bien, c'est que cet écoulement cesse dès qu'une sonde en caoutchouc est introduite dans la vessie. Par contre, rien ne sort par les deux drains ano-rectaux.

Une sonde à demeure avec drainage siphon est établie dans la vessie afin d'aider à la fermeture de cette fistule vésico-abdominale qui s'est produite huit jours après le traumatisme.

Peut-être eût-il été possible de l'éviter en drainant la vessie dès le premier jour.

22 *juillet*. — Depuis la mise en place de la sonde à demeure, il ne passe plus d'urine par la plaie hypogastrique. Cette dernière se comble même très rapidement et l'un des tubes a dû être enlevé hier et l'autre raccourci.

Du côté du rectum, la plaie a un très bel aspect et bourgeonne très régulièrement : la poche prérectale admet à peine la première phalange du petit doigt. On maintient néanmoins le drainage, ainsi qu'un gros tube dans l'anus pour permettre l'issue des gaz et des matières fécales.

24 *juillet*. — La plaie hypogastrique ne laissant plus rien sourdre et le tube étant expulsé, on le supprime et on le remplace par une mèche de gaze. D'autre part, comme la sonde à demeure est expulsée spontanément et comme sa présence cause un peu d'irritation au niveau du méat, on essaie de la retirer avec l'espoir

que, depuis cinq jours, des adhérences suffisamment solides se sont faites du côté de l'orifice fistuleux.

Au niveau du rectum, la plaie se comble lentement et l'on est obligé d'y maintenir un drain sous peine de voir se reproduire de la rétention du pus.

27 *juillet.* — Le retrait de la sonde vésicale n'a amené aucun écoulement d'urine par la plaie hypogastrique, la fistule vésicale peut donc être considérée comme guérie ; du reste, la miction se fait normalement, à part quelques épreintes dues à l'irritation du canal de l'urètre produite par la sonde. Un lavage vésical avec une solution de nitrate d'argent au millième suffit à les faire cesser et à rendre les urines plus claires.

Seul l'espèce de cul-de-sac antérectal se comble lentement et sa longueur mesure encore près de 4 centimètres dans lesquels s'accumule du pus dès que le drain est enlevé par les efforts de défécation. On touche ses parois avec de la teinture d'iode et l'on y met un drain plus étroit et plus rigide.

9 *août.* — Depuis deux jours on a retiré la mèche de la plaie hypogastrique qui ne donne lieu à aucun écoulement; depuis trois jours, on a également enlevé le drain de la plaie rectale, qui bourgeonne très régulièrement, se comble et ne donne plus issue à du pus. Tous les deux jours, on en touche la surface à la teinture d'iode et on met à son contact une mèche imprégnée de vaseline de Reclus.

L'état du malade serait donc excellent, si les urines ne restaient troubles et s'il n'y avait eu brusquement hier matin une douleur vive dans la région rénale droite et hier soir une élévation de température à 38 degrés. Il est donc à craindre qu'une infection par voie ascendante ne se soit faite du côté du rein droit, bien que la pression la plus attentive ne permette pas de le sentir augmenté de volume. D'ailleurs ce matin, la température est tombée à 37 degrés et la douleur rénale a presque disparu. L'examen du dépôt urinaire y a décelé des hématies et des leucocytes.

Tous les deux jours, grand lavage vésical avec une solution de nitrate d'argent à 1 millième et à l'intérieur 2 grammes de salol, régime lacté et 0 gr. 50 de quinine.

20 *août.* — Plus de douleurs rénales; plaie hypogastrique et plaie rectale cicatrisées; selles régulières, non douloureuses; urines abondantes, laissant déposer une couche muco-purulente d'un centimètre de haut. On continue les lavages au nitrate d'argent.

14 *août.* — Les fonctions gastro-intestinales et vésicales sont parfaites et le malade est dans un état général très satisfaisant;

encore un peu de mucus vésical dans les urines; instillation de nitrate d'argent.

Après avoir été tenu en observation encore un mois, le malade quittait mon service fin septembre et, trois mois plus tard, il m'écrivait qu'il avait repris sa profession de marin et n'éprouvait aucun malaise.

Réflexions. — En raison des réflexions dont M. Quénu a fait suivre l'observation de M. Baudet, je juge inutile de commenter longuement le fait qui m'est personnel.

Ayant été appelé auprès de mon malade plus de vingt-quatre heures après son accident, je l'ai trouvé en pleine péritonite et je n'ai donc pas eu à hésiter ni sur le diagnostic d'une lésion péritonéale ni sur la conduite à tenir.

La laparotomie et l'examen attentif du rectum m'ayant permis de constater une lésion vésicale incomplète et une large perforation du rectum, j'ai cru bon, après avoir soigneusement désinfecté le ventre et l'ampoule rectale, de suturer la plaie péritonéo-vésicale et la plaie rectale. Je ne pouvais évidemment pas me faire d'illusion sur le sort réservé à cette dernière suture qui ne comprenait du reste que la muqueuse et la musculeuse. Je me demandais même si, en fermant ainsi à ses deux extrémités un trajet manifestement infecté, je n'exposais pas mon malade à une infection périnéale ou même ischio-rectale que je voulais éviter à tout prix. Aussi l'ai-je surveillé de très près les premiers jours.

Je n'ai donc pas été surpris quand, le quatrième jour, à la suite d'une débâcle intestinale que je n'avais pu éviter, j'ai constaté que la plaie rectale était béante et livrait passage à du pus bien lié. Mais il me fallait désormais assurer le drainage du foyer purulent antérectal.

Deux voies pouvaient me permettre de l'obtenir. L'une, la voie périnéale ou prérectale, plus chirurgicale peut-être que la voie rectale, avait l'inconvénient d'ouvrir à l'infection des portes d'entrée nombreuses sans assurer, en raison de son étroitesse, un drainage bien facile. Aussi, contrairement à la conduite qu'a tenue M. Baudet et qui lui était commandée par la nature même des lésions de son petit malade, j'ai préféré, à l'exemple de Dupuytren et de Bégin, fendre au thermocautère la partie antérieure du sphincter anal dont la contractilité, annihilée par la large dilatation du premier jour, se rétablissait trop vite à mon gré et m'aurait empêché de maintenir en permanence un drain rectal pour le libre écoulement du contenu intestinal et un drain prérectal chargé de vider le foyer purulent. Je n'ai eu qu'à m'applaudir d'avoir suivi cette conduite, puisque, vingt-deux jours

plus tard, je pouvais supprimer tout drainage et considérer mon malade comme guéri.

Un dernier incident mérite, lui aussi, de vous être signalé, c'est la production, huit jours après le traumatisme, d'une fistule vésico-abdominale. Mais cette fistule s'est tarie d'elle-même en cinq jours, grâce à l'établissement d'un siphonage vésical.

M. Quénu. — Je ne pense pas que l'irrigation du péritoine avec quelque liquide que ce soit, soit une conduite à suivre, lorsque l'on peut constater qu'il n'y a pas eu une souillure générale de la séreuse. Un nettoyage local avec des compresses stérilisées me paraît préférable. Il me semble aussi qu'une incision du périnée aurait permis un drainage aussi complet qu'une section du sphincter.

M. Sieur. — Je partage absolument l'avis de M. Quénu au sujet du lavage du péritoine. Si j'ai fait un lavage abondant, c'est que tout le péritoine et toutes les anses étaient enflammés et qu'il existait du liquide louche libre dans le ventre. Si je n'avais trouvé qu'une inflammation locale, je me serais évidemment borné à un nettoyage local.

M. Quénu. — Je ne crois pas que la vascularisation de quelques anses intestinales indique autre chose qu'une réaction locale auprès d'une infection locale et puisse être interprétée comme une infection générale.

M. Delorme. — « *Tot capita tot sensus* ». Appelé à donner des soins à un blessé semblable à celui de M. Sieur, je me serais borné à faire la dilatation large de l'orifice anal, à rechercher *de visu* ou du doigt la plaie béante du gros intestin et à y engager un gros drain.

M. Quénu. — Je ne puis accepter les conclusions de M. Delorme. M. Sieur a bien fait d'ouvrir le ventre de son malade; les travaux déjà anciens, les statistiques que j'ai publiées, tout démontre que la laparotomie est l'opération de choix, je dirai même de nécessité, dans les cas de plaie pénétrante péritonéale du rectum.

A propos des goitres aberrants.

M. Villemin. — Dans la séance du 14 novembre dernier, M. Reynier nous a communiqué une intéressante observation sur les goitres aberrants et a insisté sur la pénurie de la littérature médicale en ce qui les concerne.

Or j'ai lu ici même au mois de mars de la même année et M. le Dr Félizet vous a présenté un rapport sur une communication qui avait pour titre : Adénome congénital des vésicules ciliées du cou. Il s'agissait d'une tumeur congénitale chez une enfant de six semaines occupant la région droite du cou au-devant du paquet vasculo-nerveux et s'étendant depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule et à la fourchette sternale. L'enfant était violacée, en état d'asphyxie complète. La tumeur, qui pesait près de 50 grammes (l'enfant était du poids de 2.750 grammes), a été examinée par M. Branca, professeur agrégé d'histologie à la Faculté; je passe sur la description microscopique de la pièce, dont on trouvera les détails dans ma communication. Voici les conclusions et le diagnostic de M. Branca : la tumeur se rattache histologiquement aux organes épithéliaux annexés à la glande thyroïde et plus spécialement aux vésicules ciliées qui sont accolées aux parathyroïdes et aux glandes thymiques.

On peut donc conclure, comme l'a fait entrevoir M. Reynier, que des tumeurs du cou n'occupant pas toujours le siège du corps thyroïde, pouvant s'étendre jusque sous la mâchoire, ont cependant des relations d'origine intéressantes avec le corps thyroïde lui-même ou ses annexes.

Pseudo-hermaphrodisme

M. Villemin. — J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir des cas de *pseudo-hermaphrodisme* masculin analogues à celui de M. Barnsby et présenté ici par M. Pozzi dans une des dernières séances.

L'un d'eux, qui a été publié en 1902, était quant à la conformation et au volume de la verge la copie de celui dont M. Pozzi vous a montré les figures.

Un autre plus complexe encore s'est présenté en 1898 à l'hôpital des Enfants-Malades sous l'aspect d'une grande fille de quinze ans avec une longue natte de cheveux blonds dans le dos.

La mère tenait à la main un bandage herniaire brisé dont elle venait demander le remplacement. Depuis qu'en 1895 à la consultation d'un hôpital parisien on avait constaté la présence d'une double hernie, la mère et l'enfant allaient, de temps à autre et suivant leurs changements de domicile, demander de nouveaux bandages dans des hôpitaux divers.

Or voici comment les choses se présentaient. Dans la prétendue grande lèvre gauche était un testicule d'un beau développement avec épididyme tout à fait caractéristique ; du côté droit une glande beaucoup plus petite en état de migration incomplète était arrêtée un peu au-dessous de l'orifice cutané du canal inguinal.

Sur la ligne médiane on voyait un pseudo-clitoris assez volumineux au-dessous duquel s'ouvrait une grande fente vulvaire bordée de chaque côté par deux replis membraneux. En écartant ceux-ci on apercevait une cavité infundibuliforme au fond de laquelle était un petit orifice conduisant une sonde directement dans la vessie.

Cette grande fille était donc un garçon avec deux testicules mal descendus pris pour deux hernies inguinales, une verge atrophiée considérée comme clitoris et un hypospadias périnéo-scrotal interprété comme vagin. D'ailleurs tout le reste de son habitus plaidait en faveur du sexe masculin. Ossature massive, extrémités des membres fortes, bassin étroit, absence totale de seins, appétits sexuels nuls.

Les cas de ce genre ne sont peut-être pas aussi rares que le pense M. Barnsby. J. Arnold (1866), Avery, Wood (1872), Czarda (1876), Dohrn (1877), Marchand, Zinsser (1883), Schœnberg (1875) Léopold (1873 et 1877), Sippel (1879), Wermann (1886), Max Simon (1886) en ont cité des cas, et j'en passe beaucoup d'autres.

Toutes ces observations se rapportent à des cas de pseudo-hermaphrodisme masculin avec hypospadias, terme extrême d'une série continue qui va de la simple fente urétrale à l'arrêt complet de développement du pénis avec fente vulvaire périnéale. L'erreur est d'autant plus facile à commettre qu'il y a cryptorchidie concomitante.

Notre sujet réussit sans trop de peine à faire réformer son état civil et l'intervention de M. Brouardel ne fut pas nécessaire. Il entra aux Enfants-Malades avec ses robes et y subit une série d'opérations dont la principale avait pour but de lui permettre l'usage des vêtements masculins et la miction dans la position debout sans attirer l'attention de personne.

Les pseudo-petites lèvres dédoublées et avivées servirent à faire un canal urétral et l'étoffe largement suffisante permit de coiffer le gland rudimentaire et de constituer un phimosis qui

reportait le plus possible en avant l'orifice urinaire. Ultérieurement le testicule en ectopie fut abaissé et la cure radicale de la hernie fut faite.

Pendant un an ou deux, j'ai revu ce sujet à plusieurs reprises. Il urinait très facilement par son nouveau méat et dans la station debout. L'ancienne couturière était devenue serrurier.

Rapports.

Rachistovaïnisation en chirurgie infantile,
par M. le Dr Gaudier (de Lille).

Rapport par M. KIRMISSON.

M. Gaudier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, nous a adressé une note sur la rachistovaïnisation chez les enfants.

Cette étude est basée sur 24 cas, qui se répartissent de la façon suivante, au point de vue de l'âge :

4 enfants étaient âgés	de	8 ans.
3 — —	de	9 —
7 — —	de	10 —
4 — —	de	11 —
6 — —	de	13 —

Toutes les opérations pratiquées portaient sur les membres inférieurs ou sur les régions inguinales. En voici le détail :

Désarticulation de la hanche (pour ostéosarcome)	1 cas.
Résection de la hanche	3 —
Amputation de cuisse	1 —
Arthrotomie du genou	5 —
Kyste du creux poplité	1 —
Amputation de jambe	2 —
Trépanation pour ostéomyélite	3 —
Curettage des os du pied	3 —
Cure radicale de hernie inguinale	5 —
Total	24 cas.

La dose de stovaïne injectée a toujours été minime, ne dépassant pas 1 centigramme.

M. Gaudier se loue beaucoup de l'emploi de cette méthode d'anesthésie qui ne lui a jamais causé d'accidents. Quelques

malades ont eu un vomissement, soit précoce (dans la première heure), soit tardif (au bout de vingt-quatre ou trente-six heures); d'autres un peu de céphalée; mais c'est là absolument tout. Les malades n'ont aucun état de choc et peuvent manger immédiatement après l'opération. D'après M. Gaudier, ce sont là de très grands avantages chez des malades épuisés par la suppuration ou par de longues souffrances, et qui ont à subir une grave opération.

L'auteur insiste sur la nécessité de distraire l'attention des petits malades et de ne prononcer devant eux aucune parole qui puisse les effrayer et faire perdre le bénéfice de l'anesthésique.

Toutefois, même dans ces conditions, il se montre peu satisfait de la rachistovaïnisation pour la cure radicale des hernies inguinales. Les malades, sans accuser de vives douleurs, ont présenté, en pareil cas, une agitation nuisible à la bonne exécution de l'opération. Aussi préfère-t-il ici l'emploi du chloroforme. De même, chez quelques malades particulièrement craintifs, il devient nécessaire d'ajouter à l'emploi de la stovaïne une petite dose de chloroforme. Mais alors, on a l'avantage de n'administrer que des quantités de chloroforme extrêmement minimes.

Telles sont, Messieurs, les résultats de l'expérience de M. Gaudier sur ce sujet. Je vous propose d'adresser nos remerciements à l'auteur, en ajoutant ce nouveau titre à ceux qu'il nous a envoyés déjà à l'appui de sa candidature comme membre correspondant de notre Société.

Appendice inclus dans la terminaison du mésentère. Sa recherche par décollement du segment iléo-colique,
par M. le Dr Bonnet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. MICHAUX.

Messieurs, à deux reprises différentes, M. le Dr Bonnet, médecin-major, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, est venu appeler votre attention sur la situation postéro-interne de l'appendice inclus dans la terminaison du mésentère sur la mésentérite consécutive et sur sa recherche dans les cas d'appendicite, par décollement du segment iléo-colique.

M. le Dr Bonnet, dans sa seconde communication, émet l'opinion que cette situation anormale de l'appendice n'est pas aussi rare qu'on le dit en général. Il en aurait observé une demi-douzaine de cas dans ses recherches de médecine opératoire.

Je n'ai pas été aussi heureux que notre confrère dans les

recherches bibliographiques que nous avons faites, mes internes et moi; en dehors des faits apportés ici par M. Bonnet et par M. Toussaint, nous n'avons pas trouvé d'exemple net de mésentérite.

La situation postérieure de l'appendice, l'appendice complètement caché sous la paroi postérieure du cæcum, ne sont pas rares; nous en avons tous vu bon nombre de cas; mais l'appendice situé dans la terminaison du mésentère ne me paraît pas fréquent.

Nul doute cependant que ce siège puisse exister en réalité; d'ailleurs M. le Dr Bonnet nous en a présenté lui-même un cas très net que je vous demande la permission de résumer dans ses traits principaux.

Le 23 octobre 1905, on amène dans le service de M. le Dr Bonnet un jeune soldat de vingt ans qui a été atteint, il y a six semaines, d'une crise sévère d'appendicite. Le malade n'a plus aucune réaction péritonéale. M. Bonnet l'opère. Il fait l'incision de Roux et de Jalaguier sur le bord externe du muscle droit et procède à la recherche de l'appendice. Il ne le trouve nulle part et constate très nettement que la bande musculaire longitudinale antérieure du cæcum se prolonge jusqu'au péritoine iliaque sans se continuer avec une appendice visible.

Conformément à ses recherches, M. le Dr Bonnet conclut à la situation postérieure de l'appendice et à son inclusion dans le mésentère.

En effet, il incise le péritoine de la fosse iliaque à la partie externe du cæcum, décolle le segment cæcal, le relève en haut et arrive ainsi sur le bord interne du cæcum, au niveau de la terminaison du mésentère.

Une grappe de ganglions rouges et injectés indique la proximité de l'appendice; les ganglions écartés, on trouve sans peine l'appendice altéré, entouré en un point d'une petite collection purulente, demi-caséeuse, en voie de résolution.

L'appendice est décollé assez difficilement; on le sectionne et on l'enfouit dans la paroi cæcale, puis M. le Dr Bonnet répare la brèche ilio-cæcale, laisse un drain et son malade guérit sans aucune complication.

Peut-être quelques-uns d'entre nous auraient-ils laissé cette brèche plus largement ouverte, mais la critique que je fais n'est qu'une critique de détail. Le malade de M. le Dr Bonnet a très bien guéri, c'est le point essentiel.

Comme je le disais en commençant ce court rapport, M. le Dr Bonnet a justement appelé notre attention sur cette inclusion de l'appendice dans la terminaison du mésentère.

Quant à la voie qu'il a suivie pour procéder à sa recherche, elle me paraît aussi la *voie d'élection*. Toutes les fois que j'ai eu pour ma part à rechercher un appendice retro-cæcal, j'ai eu recours à ce même décollement et je m'en suis toujours très bien trouvé, surtout dans les cas très difficiles où l'appendice était inclus en arrière dans la paroi même du cæcum.

Le procédé est évidemment aussi applicable aux appendices rares, inclus dans la terminaison du mésentère, au contact de l'iléon et de son abouchement dans le cæcum.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. le médecin-major Bonnet de ses intéressantes communications, de déposer son travail dans nos archives et de nous souvenir de ses différents titres lors de l'élection des membres correspondants qui aura lieu tout à l'heure.

Ostéome de la région du coude. Grossesse extra-utérine. Adénite inguinale d'origine exotique, par M. le Dr Lop (de Marseille).

Rapport de M. PAUL REYNIER.

M. le Dr Lop (de Marseille) nous a envoyé une série d'observations intéressantes sur lesquelles je vous demande de vous faire un court rapport. Tout d'abord, il nous relate l'histoire d'une luxation du coude, qui se compliqua ensuite d'un ostéome musculaire, qui apparut vingt-quatre jours après la réduction.

Il s'agissait d'un journalier de vingt-quatre ans, qui, dans une chute sur le pont d'un bateau en débarquement, se faisait une luxation du coude droit, luxation en arrière qui, diagnostiquée par le Dr Murat, fut réduite aussitôt par ce confrère, vingt-cinq minutes après l'accident. Vu par le Dr Lop, le lendemain, celui-ci constata du gonflement et une vaste ecchymose, et ordonna tout d'abord des bains locaux à l'eau salée. Quatre jours après, il immobilisait l'articulation et commençait le massage. Tout marchait à souhait jusqu'au vingt-quatrième jour où le malade se plaignit d'avoir souffert toute la nuit, et de ne pouvoir plier le bras comme d'habitude. La veille, le Dr Lop l'avait laissé remuant son bras dans tous les sens, et presque sans douleur; et ce jour là, c'est à grand'peine qu'il parvenait à fléchir l'avant-bras. Pendant qu'on essaie cette flexion, le membre est brusquement bloqué; il y a, dans ce mouvement, un point d'arrêt qu'on ne peut dépasser sans vives douleurs, et il suspend les massages, les mouvements, et reprend les bains locaux très chauds.

Deux jours après, la situation ne s'était pas améliorée; la palpation découvrait une saillie dure, résistante, très douloureuse, en avant de la partie articulaire de l'humérus. A partir de ce jour, l'inflammation augmenta rapidement de volume, rendant bientôt l'impotence fonctionnelle complète.

Cette tumeur dure, osseuse, offrait les dimensions d'une noix.

L'examen radiographique que je vous présente confirma le diagnostic d'ostéome qui avait été porté.

Le malade fut opéré le 30 avril; l'intervention démontra en effet la présence d'un ostéome siégeant dans le tendon du brachial antérieur.

Malheureusement, le Dr Lop ne nous dit pas si cet ostéome se continuait avec le bec de l'apophyse coronoïde, comme c'est le plus souvent la règle.

De cette observation, nous ne relèverons simplement que ce fait :

Que cet ostéome n'est survenu qu'à la suite d'une luxation traitée par le massage. Or, sans vouloir m'élever contre le massage, que je considère comme excellent dans la grande majorité des cas de traumatisme articulaire, et que je continuerai toujours à recommander, je me demande cependant si, dans certains cas, ce massage particulier ne peut pas être incriminé, et s'il ne facilite pas la production de ces ostéomes.

C'est en effet ce qui m'a paru ressortir des observations que j'ai relevées sur mes malades.

J'ai observé en effet, assez souvent, de ces ostéomes musculaires, et, dans toutes les observations, j'ai noté qu'on avait fait ou des massages, ou que le malade avait fait trop hâtivement travailler ses muscles articulaires.

C'est en effet presque toujours dans le mois qui suit ce traumatisme articulaire qu'apparaissent les ostéomes.

Ainsi dans un travail qui a paru dans la *Presse médicale* en juin 1899, j'ai cité l'observation d'un garçon de quinze ans qui avait une luxation du coude en arrière, bien réduite, qui, pendant huit jours, s'était servi de son bras, et qui, au bout de douze jours, voyait peu à peu le mouvement devenir impossible, et qui entrait, un mois juste après l'accident, dans mon service, avec un ostéome du brachial antérieur que je lui enlevais.

J'ai parlé encore d'un autre jeune homme de vingt-trois ans qui, le 4 janvier 1890, recevait un coup de pied de cheval dans le haut du coude. Il ne s'arrêta pas de travailler malgré le gonflement, et, un mois et demi après, il entrait dans mon service avec l'impossibilité de mettre son bras en extension, et avec un ostéome brachial que je lui enlevais.

Il en a été de même pour deux autres malades, dans lesquels deux luxations du coude massées et auxquels on avait permis les mouvements musculaires de leur bras, voyaient encore se développer, dans le mois qui suivait, deux ostéomes du brachial antérieur que j'opérais.

Enfin, dernièrement, entrait dans mon service une femme de soixante-quatre ans, qu'on me faisait descendre de médecine où elle était entrée pour une bronchite, en même temps qu'elle présentait une luxation de l'épaule droite qu'elle venait de se faire vingt-quatre heures auparavant. Dans ce service, on lui réduisit sa luxation, et on la massa, pendant qu'on soignait sa bronchite. Or, elle y était depuis un mois, lorsqu'on la fit passer dans mon service. Les mouvements de son articulation, libres au début, peu à peu étaient devenus impossibles, et on ne pouvait plus lui faire faire des mouvements d'abduction et d'élévation. Or, en examinant cette malade, il me fut facile de constater que ce qui immobilisait cette épaule était une saillie dure, qu'on sentait dans le creux de l'aisselle, semblant se continuer avec la tête humérale et venant presque buter contre les côtes; dans le sens antéro-postérieur, cette grosseur, qui était du volume d'un œuf, était un peu mobile. La consistance était osseuse et, constatant de plus que la tête était bien en place dans la cavité glénoïde, je fis le diagnostic d'ostéome, que l'examen radiographique, que je passe sous vos yeux, confirma. Or, j'opérai cette malade et, en effet, je trouvai un ostéome occupant tout le tendon du sous-scapulaire, et venant jusque sur la petite tubérosité humérale où ce tendon s'insère. Cet ostéome était évidemment dû à l'arrachement de ce tendon, de sa surface d'implantation.

La rareté de ces tumeurs à ces âges et dans cette région m'a engagé à vous donner cette observation qui montre, elle aussi, la formation d'un ostéome à la suite d'une luxation, traitée par la mobilisation précoce et le massage. Encore une fois, je ne cite pas ces faits contre le massage; je n'ai en vue que l'étiologie des ostéomes.

Voici une autre observation du Dr Lop : il s'agit d'une grossesse tubaire rompue, avec hématocèle limité. La malade présentait des symptômes qui rendaient le diagnostic difficile, et c'est en quoi l'observation est intéressante. Elle l'est aussi pour une autre cause :

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans qui avait eu deux grossesses menées à bien, qui présenta, il y a cinq ans, une métrite hémorragique post-abortive, laquelle nécessita le curettage. En 1902, elle avait une salpingite gauche qui fut traitée

médicalement par le repos et la glace. Puis en juillet 1904, survenait une nouvelle poussée plus intense, avec retentissement sur l'état général, s'accompagnant de fièvre. La malade se refusant à se laisser opérer, on la traita encore médicalement.

Cependant la santé devint bonne, la jeune femme engraissa ; mais au 15 juin 1906, il y a un retard de six semaines dans les règles, retard dont ne s'inquiète pas la malade, sa menstruation étant toujours irrégulière. Pourtant, le 15 au soir, elle est prise d'une douleur intense dans la fosse iliaque gauche, et de courbature. Elle se couche, se purge et continue à souffrir jusqu'au 20, date à laquelle elle fait appeler le Dr Lop.

Il trouve l'utérus douloureux, gros, une matité remontant jusqu'à l'hypogastre. Il pense à un réveil de la salpingite, et condamne la malade à un repos absolu avec glace sur le ventre, lavements chauds et injections chaudes.

Le 25, la malade a un grand frisson, et la température monte à 39°8. Les jours suivants, température : le matin, 38°5 ; le soir, 39°4. L'état général devient inquiétant, et on note du muguet. Après avoir pris l'avis du Dr Platon, le Dr Lop opère, le 1er juillet, la malade.

Or, il trouva une poche volumineuse noirâtre, formée par la trompe distendue, limitée par de nombreuses adhérences à l'intestin et à l'épiploon. Pendant l'opération, la poche se creva, et il sortit une grande quantité de liquide noirâtre ne laissant aucun doute sur le diagnostic. Il termina son opération en drainant, et la malade guérit sans accident.

Ce qui est intéressant, Messieurs, dans cette observation, et remarquable, c'est qu'ici nous voyons l'hématocèle survenir chez une femme qui avait présenté des lésions annexielles antérieures, et l'hémato-salpinx s'était produit du côté où l'on avait constaté ces lésions.

Or, vous savez que l'on a discuté beaucoup pour savoir si la grossesse utérine était précédée de quelque altération des annexes. Et ce cas viendrait à l'appui de l'opinion de ceux qui admettent que des adhérences ou quelque lésion de la trompe, peuvent faciliter la production de ces grossesses utérines.

C'est, en effet, ce qui m'a semblé résulter des observations personnelles que j'ai faites depuis que mon attention a été attirée sur ce point. Dans mes observations, j'ai pu relever que presque toutes mes malades avaient presenté de petites lésions annexielles, tels qu'ovaires kystiques ou légères poussées de salpingite. Or, l'hématosalpinx s'était produit dans ces cas du côté où on avait pu constater ces lésions antérieures.

C'est à l'étranger surtout que cette étiologie a été discutée.

Vous connaissez la fameuse théorie de Lawson Tait, de la salpingite desquamative, qui serait la cause de ces grossesses ectopiques ; Karl Abel a fait dépendre encore celle-ci d'une malformation tubaire; Wyder, Breslau ont parlé de polypes intratubaires, et beaucoup d'auteurs ont parlé d'adhérences de la trompe, d'une coudure de la trompe, suite d'une inflammation ancienne du péritoine, comme prédisposant à la grossesse ectopique. Or, contre ce passé génital, Bouilly, en France, Pinard se sont élevés, et un de mes internes, M. Pâquy, sous l'inspiration de ce dernier, a fait une thèse dans laquelle il défendait les idées de son maître. Or, voici une observation, comme je l'ai dit plus haut, qui vient contredire l'absolu des idées soutenues dans cette thèse.

J'aurai enfin à vous parler d'un troisième travail de M. Lop sur une variété d'adénite inguinale subaiguë paraissant spéciale aux marins venant des Indes néerlandaises.

Mais n'ayant vu aucun de ces malades, et me trouvant par suite dans l'impossibilité de discuter les faits recueillis par M. Lop, je vous demanderai seulement la permission de vous exposer le résultat de ses recherches.

Pendant ces trois dernières années, il a été frappé de la fréquence de ces adénites chez des marins allemands ou anglais arrivant à Marseille sur des vapeurs chargés de coprah (coco desséché) provenant des Indes néerlandaises.

S'agit il d'une affection spéciale à ces régions? il serait assez porté à le croire. Sur presque un millier d'hommes examinés, provenant des différents points du monde, il n'a rencontré cette variété d'adénite que chez ceux provenant de Java, et surtout de la côte orientale de cette île, point très insalubre où se récoltent en abondance les noix de coco.

Il va sans dire que sur seize cas où il a été appelé auprès de ces malades, il s'est non seulement informé de leurs antécédents génitaux, mais encore il a soigneusement examiné les organes génitaux, l'anus et les membres inférieurs, sans trouver aucune porte d'entrée.

L'aspect particulier de ces adénites ont mis souvent en éveil les médecins militaires des ports ; certains de ces malades même ont été regardés comme suspects de peste ; à Marseille, l'un d'eux est resté en observation vingt-quatre heures; un examen un peu attentif, comme le dit M. Lop, eût pu cependant empêcher cette quarantaine injuste.

Le début de ces adénites est généralement peu douloureux. Ce n'est qu'après trois ou quatre semaines de douleurs vagues dans

le pli de l'aine qu'apparaît une tumeur de la grosseur d'une noix; à ce stade la tumeur semble cesser d'évoluer ; elle reste stationnaire quinze jours, trois semaines, puis repart de plus belle et ne tarde pas à prendre l'allure d'un abcès chaud de la grosseur d'une pomme ; la peau s'épaissit, devient rouge, violacée, dure, reposant sur un empâtement ligneux ; il existe des douleurs continues avec exacerbation nocturne et irradiation dans la cuisse et la fesse.

Il n'y a jamais de fluctuation ; livrées à elles-mêmes, ces adénites (il en a observé sept cas non opérés) acquièrent un volume assez considérable, suppurent par mortification avec élimination de gros bourbillons, mettent huit ou dix mois pour cicatriser et rendent toute occupation active à peu près impossible.

Le retentissement sur l'état général est très variable, tantôt presque nul, tantôt assez marqué pour altérer la santé et obliger le malade à abandonner ses occupations.

L'altération de l'état général est parfois assez précoce et dès le début, il y a quelquefois de la fièvre avec perte de forces et amaigrissement.

Voici deux exemples typiques :

Marin, vingt-neuf ans, taille 1 m. 83, pesant 104 kilogrammes. Début de l'adénite à Colombo; à l'arrivée à Port-Saïd, vingt et un jours après, amaigrissement de 8 kilogrammes. Le malade est sans force, sans énergie et c'est à peine si la tumeur avait la grosseur d'une mandarine. A l'arrivée à Marseille, la tumeur est extirpée ; elle ne contenait pas de pus collecté.

Un capitaine, homme de trente sept-ans, vigoureux, haut de 1 m. 87, avait diminué de près de 9 kilogrammes en un mois. Il avait de la fièvre chaque soir, son teint habituellement (je le connaissais depuis plusieurs années) frais et rose était terreux.

A la coupe, la tumeur, très volumineuse, était farcie d'abcès miliaires.

Il a examiné encore seize malades dont sept ont refusé toute intervention, ne voulant pas rester à Marseille, mais qui ont été opérés soit à Hambourg, soit à Liverpool.

Le traitement a toujours été le même ; extirpation très large; la brèche ainsi faite est assez longue à réparer. Elle demande deux longs mois pour se combler ; la réunion par première intention peut toujours être tentée, mais elle échoue le plus souvent.

En résumé, il est intervenu dans neuf cas suivis de guérison, six cas à droite, trois à gauche.

L'examen histo-pathologique a montré chaque fois du tissu globulaire infiltré avec abcès miliaires multiples.

Dans aucun cas, il n'y avait de pus collecté.

Bactériologiquement, l'infiltrat purulent a toujours révélé la présence du streptocoque. Pas un seul des cas opérés et examinés n'a fait constater la présence du bacille de Kock, dont l'état général pouvait faire craindre la présence.

En résumé, il s'agissait là pour M. Lop d'une variété d'adénopathie suppurée paraissant spéciale à la pathologie exotique des Indes néerlandaises. Jusqu'à ce jour, il n'a pas observé un seul cas sur un très grand nombre de marins venant d'autres points du globe, qu'il examine depuis deux ans.

Quelle en est la cause? Quelle est la raison de son unilatéralité? M. Lop l'ignore. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette variété d'adénite gagnerait à être connue des médecins des offices sanitaires, afin d'éviter l'erreur avec la peste bubonique, qu'un examen attentif permettra toujours d'écarter.

Cliniquement, ces tumeurs sont aussi intéressantes à connaître, car elles peuvent être confondues avec la tuberculose ganglionnaire du pli de l'aine dont le pronostic est infiniment plus sérieux que les suppurations dont il s'agit ici, puisque la guérison locale est la règle avec retour à la santé immédiat.

Tel est le travail de M. Lop. Il est à souhaiter que des recherches ultérieures confirment les faits qu'il a observés, et qui, comme il le dit, me paraissent très intéressants à connaître.

Je termine en proposant à la Société de remercier M. Lop de cette série d'observations, et de vous rappeler de lui quand il s'agira de la nomination de nouveaux correspondants nationaux.

M. Sieur. — A l'appui de ce que vient de dire M. Reynier, relativement à l'influence du massage sur la production des ostéomes musculaires, je puis apporter l'opinion du regretté professeur Ollier. Il a souvent répété devant moi à ses élèves que le nombre des ostéomes observés par lui s'était beaucoup accru depuis l'introduction de la pratique du massage dans le traitement des traumatismes articulaires.

D'après lui, le massage complétait les petits arrachements périostiques produits par le traumatisme et leur dissémination dans l'extrêmité correspondante du muscle par rétraction des fibres musculaires implantées à leur surface.

Avec mon collègue, M. Berthier, nous avons reproduit expérimentalement sur le lapin des ostéomes en désinsérant à l'aide

d'un fin bistouri un certain nombre de faisceaux musculaires pourvus de leur implantation périostique et en faisant ensuite passer un courant électrique puissant dans l'intérieur du muscle. Les faisceaux musculaires désinsérés remontaient plus ou moins haut dans le muscle et les fragments de périoste qui les avaient suivis étaient rapidement le point de départ d'une formation osseuse en tout semblable à celle que nous observons chez l'homme.

Présentation de malade.

Luxation récidivante de l'épaule. Radiographie.

M. ROUTIER. — Je vous présente un homme de quarante-huit ans auquel j'ai réduit en mai 1905 une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule gauche, due à un assez fort traumatisme. Pendant la réduction et après cette réduction, il n'y eut rien de spécial à signaler; le malade récupéra tous ses mouvements, sortit de l'hôpital et reprit son métier de charretier.

Depuis cette époque, et à propos de traumatismes qui vont en diminuant d'intensité, il s'est reproduit 5 luxations de cette même épaule.

Chaque fois, il a fallu, comme la première, employer le chloroforme; cet homme étant assez fortement musclé.

Voici d'autre part la radiographie de cette épaule; vous pouvez voir facilement l'encoche de la tête humérale, encoche décrite par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question et qui semble bien être la vraie cause de ces luxations récidivantes.

Ce genre de luxation s'observe, paraît-il, plus souvent encore dans les asiles d'aliénés.

M. de Fourmestraux, interne à l'hôpital Necker, qui s'occupe de cette question, m'a montré six têtes humérales qu'il a recueillies, et qui toutes présentent cette encoche.

Je crois présenter la première radiographie nette de cette lésion.

Chez ce malade, je n'ai donc pas à discuter la possibilité de la laxité de la capsule, lésion qui, je le sais, peut exister, mais qui dans ce cas ne serait toujours pas seule.

Il y a chez mon malade lésion osseuse; il me paraît donc que si je veux le guérir, il faut pratiquer la résection; ce sera la seule manière ce me semble, de lui donner une articulation au moins

aussi bonne comme mouvement que celle qu'il possède, mais qui sera désormais à l'abri de ces accidents à répétition incessante.

M. Picqué. — La présentation de notre collègue est fort intéressante : c'est le premier cas où la radiographie a démontré l'existence de l'encoche, si difficile et même impossible à reconnaître au cours de l'intervention, en raison de sa situation postérieure, comme j'ai eu l'occasion de le dire à propos d'un des cas que j'ai présentés ici.

La présence de l'encoche, constatée autrefois par Poptke, Kramer et plus récemment par Broca et Hartmann dans un mémoire publié en 1890, a une importance considérable au point de vue de la méthode opératoire à suivre.

Je suis arrivé à cette conviction que la capsulorraphie recommandée il y a quelques années par notre collègue Ricard et tout récemment par un de ses élèves dans sa thèse inaugurale est insuffisante quand il existe une encoche et je crois que, lorsque les troubles fonctionnels sont très marqués, il est préférable de procéder, comme dans les luxations anciennes, à la résection articulée.

J'ai eu pour ma part plusieurs fois l'occasion de recourir à ce procédé autrefois indiqué par Chaput et son élève Fontoynont.

Il est naturellement nécessaire, avant de s'y décider, d'établir une balance entre les troubles fonctionnels qui résultent de la luxation récidivante et ceux qui sont la conséquence de la résection de l'épaule.

Œsophagotomie externe pour l'extraction d'un sou ayant séjourné deux ans et demi dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans.

M. Jalaguier. — L'enfant que je vous présente avait avalé un sou au commencement d'avril 1904. Pendant deux ans environ, ce corps étranger fut parfaitement toléré. Lorsque l'enfant me fut envoyé aux Enfants-Assistés, le 23 octobre 1906, il souffrait depuis cinq ou six mois de troubles dyspeptiques et de crises douloureuses, avec accès de toux, dont vous trouverez la description détaillée dans l'observation fort complète qui m'a été remise par mon externe, M. Engel. L'état était grave et, après avoir fait vérifier par la radiographie la présence du sou dans l'œsophage, j'intervins par l'œsophagotomie sans avoir fait aucun cathétérisme et aucune tentative d'extraction par les voies naturelles.

L'opération eut lieu le 23 octobre. La découverte et l'ouverture de l'œsophage furent rendues un peu difficiles par la présence d'un corps thyroïde volumineux dont il fallut disséquer et relever le lobe gauche. Il y avait aussi plusieurs gros ganglions. Une incision de 1 centimètre et demi me permit d'introduire l'index gauche qui rencontra le bord supérieur du sou, que je pus extraire très facilement avec une pince courbe. La pièce de monnaie occupait une dilatation tapissée par une muqueuse tomenteuse et saignante; l'orifice œsophagien était très rétréci au-dessous de cette dilatation. Je me félicitai de n'avoir fait aucune tentative d'extraction par les voies naturelles.

Suture très soignée avec deux plans de suture au catgut. Drainage. Suture cutanée.

Malgré une broncho-pneumonie qui existait déjà au moment de l'opération et qui évolua les jours suivants, la guérison se fit assez facilement. Une fistule œsophagienne s'établit trois jours après l'opération et se ferma spontanément au bout d'une quinzaine de jours.

Les accidents ont disparu peu à peu; l'enfant a repris des forces et, s'il vomit encore de loin en loin, il n'en est pas moins dans un état de santé très satisfaisant.

Le sou est, ainsi que vous pouvez le constater, très altéré et comme usé. Les faces sont recouvertes d'une couche noire vernissée qui se détache par écailles. Je me propose de faire examiner chimiquement cette substance qui doit être un oxyde de cuivre.

Voici maintenant l'observation qu'il me paraît intéressant de publier *in extenso*.

Les commémoratifs suivants nous ont été très aimablement fournis par le Dr Muguet, de Luzy (Nièvre) :

« L'enfant aurait, dans les premiers jours d'avril *1904*, alors qu'il avait à peine seize mois, avalé un sou.

C'était le soir, à la nuit; l'enfant eut immédiatement plusieurs vomissements. Je pensai que, grâce à ces efforts, l'enfant avait pu rendre ce sou, en admettant qu'il l'eût avalé, ce dont je doutais, étant donné son âge.

Je l'observai pendant quelque temps, me réservant d'intervenir au premier symptôme alarmant.

Or, pendant près de deux ans, cet enfant n'a éprouvé aucun malaise. Il s'est bien porté et s'est développé normalement. J'étais convaincu qu'il n'avait pas avalé de sou.

Il y a cinq ou six mois, l'enfant a commencé à souffrir de troubles dyspeptiques qui ne paraissaient pas présenter tout d'abord une grande gravité, disparaissant pendant quelque temps. Traitement : eau de Vichy, purgatifs. Mais ces phénomènes se reproduisant trop souvent, nous avons jugé convenable de l'envoyer à Paris ».

L'enfant est envoyé aux Enfants-Assistés, où il entre le 23 octobre 1906.

Etat actuel. — L'enfant est dans un état de santé médiocre, facies décoloré.

Dans la position verticale, le petit malade présente une attitude de tête caractéristique : elle est inclinée sur l'épaule gauche avec un léger degré de rotation à droite. Cette position se corrige très facilement, mais l'enfant la reprend dès que sa tête est abandonnée à elle-même.

Dans son lit, l'enfant est couché sur son côté gauche.

L'enfant présente un état nauséeux continuel, avec des éructations qui se produisent à la fin de chaque expiration.

Quelquefois, il semble que l'on ait affaire à de simples régurgitations de salive par oblitération de l'œsophage.

Les vrais vomissements sont rares, ils sont glaireux et contiennent du lait à peine transformé.

23 *octobre.* — A 11 heures du matin, l'enfant ayant pris un peu de lait et de mie de pain, présente une crise de douleurs intenses, caractérisée par des cris aigus, souvent rauques. Mais, chose curieuse, le facies redevient impassible après chaque cri.

La pression abdominale profonde ou légère ne réveille aucune sensation douloureuse.

On note un peu de dilatation stomacale.

24 *octobre.* — L'enfant n'a pu conserver que la mie de pain, le lait presque en totalité a été rendu.

Lorsqu'on fait boire le malade, il avale très vite, sans aucune gêne apparente et ce n'est que quelques secondes après avoir cessé de boire qu'il commence à souffrir au creux épigastrique; il montre aussi le manubrium.

Cris perçants, en fusée.

La mie de pain, la croûte même, sont bien supportées; il ne se produit pas de douleurs après l'ingestion.

25 *octobre.* — *Radiographie* qui montre la présence d'un sou dans l'œsophage, au niveau de la 4e dorsale.

27 *octobre.* — De la toux vient se surajouter aux vomissements et aux crises douloureuses.

Elle est rauque, non spasmodique, d'un ton bas et uniforme.

En même temps, on note une gêne plus grande de l'inspiration; elle est plus difficile, plus courte, plus rapide.

28 *octobre.* — Crises de toux, s'espaçant environ de quart d'heure en quart d'heure. Vomissements consécutifs, d'abord alimentaires, ensuite glaireux.

La température, qui était restée normale, s'élève le soir à 39°3.

L'état général est très mauvais. Dépression de plus en plus intense; les symptômes de l'irritation du pneumogastrique et du phrénique sont encore plus accentués; la toux est presque continue, le pouls est rapide, 110. Respiration, 28.

La nuit est agitée. La température constante, 39°5.

L'auscultation ne révélant aucun signe de broncho-pneumonie, on pense à une inflammation du médiastin, et l'intervention est décidée.

29 *octobre*. — *Opération* (voir plus haut).

Chloroformisation avec l'appareil de Ricard.

30 *octobre*. — Nuit bonne.

La déglutition du lait glacé, mélangé d'eau bouillie, se fait sans aucune gêne ni douleur.

La toux est aussi fréquente.

La position de la tête est moins accusée, mobilité du cou complète, aucune douleur aux mouvements de rotation à droite et à gauche. Température, 38°2.

31 *octobre*. — Il ne s'est pas produit de vomissement alimentaire, mais les éructations persistent; elles semblent dues à une atonie complète du cardia.

L'état général est meilleur; mais la toux augmente, elle devient coqueluchoïde; à l'auscultation il y a des râles de bronchite un peu partout; dans la zone interscapulo-vertébrale, on note une respiration par saccades, rude, avec de gros rhonchus de temps à autre. La température monte à 39°2.

1er *novembre*. — Le malade se plaignant de son cou, on ouvre son pansement; il se dégage une forte odeur d'acide butyrique; par le drain, il passe des caillots de lait caillé en partie digéré.

Les bords de la plaie sont légèrement enflammés.

On désunit largement, trois fils sont enlevés, et on remet le drain après lavage à l'eau oxygénée.

Le trajet du drain est tapissé de membranes lactiques que l'on retire à la pince.

Pansement stérile que l'on renouvelle 2 ou 3 fois par jour.

A l'auscultation, des signes de bronchite généralisée.

La toux devient plus grasse, elle est moins spasmodique. Ventouses et sinapismes. Enveloppements humides. Température à 39°4.

2 *novembre*. — Deux autres fils sont enlevés.

Lorsqu'on fait boire le malade, lait ou eau, il passe environ un tiers du liquide par la plaie, un sixième environ directement; un sixième remonte par régurgitation par intolérance stomacale.

Broncho-pneumonie typique, qui cède aux enveloppements humides.

L'état général s'aggrave du 2 au 5 novembre. Cependant à ce moment la cicatrisation oblitérante de la fistule progresse rapidement; elle présente un trajet en baïonnette.

Le lait passe en entier directement dans l'estomac, mais, par la toux, il remonte dans l'œsophage et sort en jet par la plaie.

L'atonie du cardia est toujours complète, car lorsqu'on donne de la mie de pain elle est rejetée avec le lait.

8, 10 *novembre*. — État général meilleur; chute de la température en lysis; mais, au point de vue de la plaie, état stationnaire.

15 *novembre*. — Le sterno-mastoïdien, chef sternal, vient oblitérer complètement l'orifice, qui n'admet plus qu'une sonde cannelée à son orifice.

18 *novembre.* — Oblitération totale de la fistule.

Du 8 au 18 novembre, la toux rauque a persisté ainsi que les vomissements, mais peu à peu le petit malade a redressé sa tête et n'accuse plus de douleurs épigastriques au moment des vomissements.

Ceux-ci surviennent environ de un quart d'heure à une heure et demie après les repas, ils sont alimentaires, en fusée, non douloureux.

22 *novembre.* — Actuellement, l'enfant porte sa tête droite, mais il a toujours ses régurgitations à la fin de l'expiration ; il tousse beaucoup moins et ne vomit plus après ses repas.

L'état général est bon, l'enfant s'alimente à peu près normalement.

1er *décembre.* — L'enfant à nettement prospéré.

Il a engraissé et son moral est devenu meilleur; il parle et cause avec ses petits camarades, alors que précédemment il était taciturne et toujours de mauvaise humeur.

La toux rauque, spasmodique, persiste, moins fréquente.

Les vomissements ont presque totalement disparu depuis la supression de la viande dans l'alimentation.

Cependant vomissement glaireux aujourd'hui. Mais les éructations, à la fin de chaque expiration, ont totalement disparu.

Ce vomissement est survenu trois quart d'heure après le repas de midi.

15 *janvier* 1907. — Actuellement, l'enfant a repris le régime de tous les enfants de son âge : bouillon, soupe, viande, légumes, etc., et ne présente plus, au moment des repas, d'accidents quelconques : il n'y a plus ni régurgitations, ni vomissements.

Les digestions sont normales.

Cependant, lorsqu'au moment du repas (pendant, ou une heure après), l'enfant est pris de quintes de toux, il n'est pas rare de le voir rendre son déjeuner, en totalité ou en partie.

Si la quinte survient trois heures après le repas, il rend un liquide muqueux, peu abondant.

La dernière quinte de toux remonte à cinq jours.

L'état général est bon.

L'enfant a présenté du 27 au 30 décembre des poussées éruptives, d'ordre intestinal, qui ont produit une légère élévation de température. Actuellement, ces éruptions ont complètement disparu.

Fracture indirecte partielle du radius, par retour de manivelle.

M. Quénu. — On connaît aujourd'hui ces fractures depuis les communications de Destot, à la Société de chirurgie de Lyon (1904), de Jourdanet (1), à la Société médicale du Dauphiné, de Lucas-Championnière, à la Société de chirurgie (1904) (2).

(1) Jourdanet. *Dauphiné médical*, 1901.

(2) Ces travaux sont en partie résumés dans la thèse de Faugère, 1904-1905.

On sait que deux ordres de lésions peuvent être observées, suivant que le mécanicien a lâché ou non la manivelle.

Dans le premier cas, la manivelle vient frapper directement soit le poignet soit l'avant-bras, et peut occasionner une fracture des deux os de l'avant-bras ou encore une fracture du grand os ou du métacarpe (1).

Dans le second, la manivelle retenue par la main, renverse celle-ci en hyperextension et amène une fracture du radius par arrachement.

Je présente cette radiographie qui montre bien que la fracture en pareils cas ne ressemble pas toujours, comme siège du trait de fracture et comme déplacement, à la classique fracture en dos de fourchette intéressant toute la largeur de l'épyphyse. Cette radiographie a été prise par mon assistant, M. le D[r] Thoumire, à la fondation Pereire, chez un adulte de quarante-trois ans, conducteur de fiacre automobile. Le 4 décembre dernier, mettant sa voiture en marche, il eut un retour de la manivelle qu'il garda en main et qui vint renverser sa main en hyperextension mais, en même temps, en l'inclinant vers le bord externe de l'avant-bras : il est très affirmatif là-dessus.

La radiographie a été faite peu de jours après. Il existait un gonflement assez intense, mais aucune déformation du squelette, à tel point qu'on pouvait se demander s'il existait autre chose qu'un arrachement des apophyses styloïdes. Lorsque le gonflement eut disparu, nous avons vérifié que l'apophyse styloïde du radius n'est pas remontée et qu'il n'y a aucune déviation dans l'axe de la main; le diamètre antéro-postérieur du poignet est légèrement augmenté.

Des mouvements assez étendus sont communiqués dès le quinzième jour.

On peut voir, sur la radiographie, que le trait de fracture commence en dehors à 22 ou 23 millimètres de la pointe de l'apophyse styloïde radiale presque transversalement mais non parallèlement) à l'interligne articulaire et vient aboutir à l'articulation à peu près au niveau de l'axe du carpe; le fragment détaché correspond ainsi à la facette articulée avec le scaphoïde et à une fraction de celle qui est articulée avec le semi-lunaire.

Il s'agit donc d'une fracture partielle de l'extrémité inférieure du radius, mais non pas seulement d'un arrachement de l'apophyse styloïde du radius.

Faugère donne dans sa thèse deux radiographies qui se rap-

(1) Destot.

prochent de la nôtre ; il les désigne à tort sous le titre d'arrachement de l'apophyse styloïde.

Dans l'une, le trait de fracture atteint la surface articulaire radiale à l'union du scaphoïde et du semi-lunaire ; dans l'autre, il aboutit à la partie moyenne.



Jourdanet a publié, dans le *Dauphiné médical*, une radiographie analogue, et il me semble que la photographie présentée par Lucas-Championnière à la Société de chirurgie devait offrir une disposition du trait de fracture de même ordre, « fracture siégeant un peu au-dessus de l'apophyse styloïde du radius et ne comprenant qu'une partie de la diaphyse de cet os ».

Ces fractures partielles ne paraissent donc pas aussi rares que sembleraient le faire supposer les descriptions.

En résumé, entre la fracture totale de l'épiphyse radiale par arrachement et le simple arrachement de l'apophyse styloïde, il y a toute une série de lésions intermédiaires dans lesquelles le trait de fracture aboutit plus ou moins loin de l'apophyse styloïde à l'interligne articulaire, sans atteindre l'articulation radio-cubitale.

La disposition anatomique des ligaments radio-carpiens me semble donner la clef de ces localisations de l'arrachement osseux ; si on veut bien se reporter aux très démonstratives et exactes figures de mon ancien prosecteur, M. Dujarrier (1), on peut vérifier que les ligaments radio-carpiens antérieurs ne s'insèrent qu'aux deux tiers externes du radius. On conçoit par suite que le renversement de la main en arrière limite l'arrachement osseux à l'étendue de ces insertions ligamenteuses.

(1) *Anat. des membres*, pl. 27 et 28.

Élections.

ÉLECTION POUR UNE PLACE D'ASSOCIÉ ÉTRANGER.

Ont obtenu :

MM. Mayo Robson	28	voix.	Élu.
Kocher	4	—	
Dudley-Tait.	1	—	

Quatre bulletins nuls.

ÉLECTION POUR QUATRE PLACES DE CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Ont obtenu :

MM. Psaltoff	33	voix.
Dudley Tait	33	—
Giordano.	31	—
Israël	27	—
Kuster.	4	—
Korte	4	—
Dudley Allen.	2	—

ÉLECTION POUR TROIS PLACES DE CORRESPONDANTS NATIONAUX.

1er tour.

41 votants. — Majorité absolue : 21.

M. Barnsby.	21	voix.	Élu.
Bonnet	18	—	
Vallas	18	—	
Dubujadoux	15	—	
Gaudier.	14	—	
Jeanne	10	—	
Brin.	9	—	
Lafourcade	5	—	
Baillet	3	—	
Lapeyre.	2	—	
Jeanbrau	2	—	
Girou	1	—	
Gillis	1	—	

2e tour.

Votants : 42. — Majorité : 22.

M. Bonnet	27 voix.	Élu.
Vallas	27 —	—
Gaudier.	10 —	
Dubujadoux	9 —	
Jeanne	6 —	
Brin.	1 —	

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



STATUTS

DE LA

SOCIETÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires ; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines ; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10, enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle ; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse ous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire genéral, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

Art. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

Art. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

Art. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

Art. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

Art. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

Art. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année Néanmoins tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Seances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de six prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix Dubreuil, le prix GERDY, le prix DEMARQUAY et le prix RICORD ; *les trois premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886 ; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (troisième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Dubreuil a été fondé, en 1901, par Henri-François-Alphonse Dubreuil, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 15.000 francs. « Les intérêts de cette somme placée sur l'État à 3 °/₀, serviront à cette Société pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. »

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1907

Président. . . . . MM. QUÉNU.
Vice-Président. . . . . CH. NÉLATON.
Secrétaire général . . . . FÉLIZET.
Secrétaires annuels. . . . . CHAPUT et RICARD.
Trésorier . . . . ARROU.
Archiviste. . . . . A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM.	Anger (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .		Berger, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .		Chauvel, titulaire de	1882
14 décembre 1898.		Delens, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .		Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .		Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.		Guyon (Félix), titulaire de.	1863
17 février 1904 . .		Kirmisson, titulaire de.	1885
3 mars 1886. . .		L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .		Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .		Lucas-Championnière.	1875
17 février 1892 . .		Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .		Monod, titulaire de	1880
13 mars 1895. . .		Perier, titulaire de	1875
14 avril 1905 . . .		Peyrot, titulaire de.	1882
7 février 1900 . .		Pozzi (S.), titulaire de.	1881
19 février 1902 . .		Reclus (Paul), titulaire de.	1883
26 février 1901 . .		Richelot, titulaire de.	1882
7 mars 1906. . .		Schwartz, titulaire de.	1886
27 octobre 1886. .		Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.		Terrier, titulaire de.	1874

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
23 mars 1904. . .		ARROU.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
13 décembre 1893.		CHAPUT.
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
9 mai 1900 . . .		DEMOULIN.
22 avril 1903 . . .		FAURE.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
21 mai 1901 . . .		LEGUEU.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
6 décembre 1905.		MAUCLAIRE.
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
27 juillet 1904 . .		RIEFFEL.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
7 mai 1902 . . .		SEBILEAU.
9 février 1887 . .		PAUL SEGOND.
27 juin 1906 . . .		THIÉRY.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
12 avril 1905 . . .		VILLEMIN.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX (125)

MM. AUFFRET, marine.
BAIZEAU, armée.
BAUDON, à Nice.
BADAL, professeur à la Faculté de Bordeaux.
BARETTE, à Caen.
BARNSBY, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours.
BŒCKEL (Jules), à Strasbourg.
BOISSARIE, à Sarlat.
BONNET, armée.
BOURSIER, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
BOUSQUET, professeur à l'École de Clermont.
BRAQUEHAYE, à Bordeaux.
BRAULT, à Alger.
BROUSSE, armée.
BROUSSIN, à Versailles.
BRUCH, professeur à l'École d'Alger.
BUFFET, à Elbeuf.
CAHIER, armée.
CARLIER, à Lille.
CAUCHOIS, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
CERNÉ, professeur de clinique à l'École de Rouen.
CHAVANNAZ, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
CHAVASSE, armée.
CHEVASSU, armée.
CHÉNIEUX, professeur à l'École de Limoges.
CHOUX, armée.
CHUPIN, armée.
CLAUDOT, armée.
CLOSMADEUC, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
COMBALAT, professeur à l'École de Marseille.
COTTIN, professeur à l'École de médecine de Dijon.
COUTEAUD, médecin de la marine.
DARDIGNAC, armée.
DAYOT, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
DEFONTAINE, au Creusot.

MM. Delacour, à Rennes.
Delagénière (Henri), au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien des Hôpitaux.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Estor, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontoynont, professeur à l'École indigène de Tananarive.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gervais de Rouville, à Montpellier.
Girard, marine, à Bordeaux.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Guillet, professeur à l'École de Caen.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Hue (Jude), à Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.

MM. Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Poisson, professeur à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Toussaint, armée.
Vallas, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.
Vanverts, à Lille.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

(20)

---

2 février 1898. .	MM.	ANNANDALE, Edimbourg.
4 janvier 1888. .		BRYANT (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		CHEEVER, Boston.
29 janvier 1902. .		CZERNY, Heidelberg.
17 janvier 1900. .		ESMARCH, Kiel.
4 janvier 1888. .		HOLMES (Th.), Londres.
17 janvier 1906. .		HORSLEY, Londres.
2 février 1898. .		JULLIARD, Genève.
16 janvier 1901. .		KEEN, Philadelphie.
17 janvier 1906. .		KELLY (Howard-A.), Baltimore.
janvier 1880. .		LISTER, Londres.
16 janvier 1901. .		MAC BURNEY, New-York.
17 janvier 1900. .		MAC EWEN, Glascow.
16 janvier 1907. .		MAYO ROBSON, Ledds.
27 janvier 1904. .		REVERDIN (Auguste), Genève.
20 janvier 1886. .		REVERDIN (Jacques), Genève.
20 janvier 1886. .		TILANUS, Amsterdam.
17 janvier 1906. .		ZIEMBICKI (Lemberg), Galicie.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

(70)

---

17 janvier 1906. . MM. Ballance Londres.
22 janvier 1896. . Bayer, Prague.
7 janvier 1903. . Berg, Stockholm.
3 janvier 1892. . Bloch (O.), Copenhague.
16 janvier 1901. . Bradford, Baltimore.
2 février 1898 . . Bruns, Tübingen.
29 janvier 1902. . Bull (William G.), New-York.
17 janvier 1906. . Buscarlet, Genève.
11 janvier 1905. . Butlin, Londres.
4 janvier 1888. . Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . . Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. . Demosthen (A.), Bucharest.
17 janvier 1906. . Depage, Bruxelles.
27 janvier 1904. . Djemil-Pacha, Constantinople.
16 janvier 1906. . Dudley-Tait, San-Francisco.
16 janvier 1895 . . Durante (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. . Von Eiselsberg, Vienne.
9 janvier 1879. . Galli, Lucques.
13 janvier 1864. . Gherini, Milan.
16 janvier 1907. . Giordano, Venise.
2 février 1898 . . Girard, Berne.
9 janvier 1879 . . Gritti, Milan.
7 janvier 1903. . Heresco, Bucharest.
31 décembre 1862. Hutchinson (J.), Londres.
16 janvier 1907. . Israel, Berlin.
21 janvier 1891 . . Jamieson (Alex.), Shanghaï.
17 janvier 1900 . . Jonnesco, Bucharest.
27 janvier 1904 . . Kalliontzis, Athènes.
13 janvier 1892. . Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . . Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891. . Kummer, Genève.
20 janvier 1897. . Lardy, Constantinople.

7 janvier 1903. .	MM.	Lennander, Upsal.
2 février 1898 . .		Levchine, Russie.
16 janvier 1884. .		Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. .		Martin (Édouard), Genève.
21 janvier 1891. .		De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. .		Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. .		Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. .		Novaro, Bologne.
15 janvier 1890. .		Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro
21 janvier 1885. .		Plum, Copenhague.
16 janvier 1907. .		Psaltoff, Smyrne.
21 janvier 1891. .		Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. .		Rose (Edm.), Berlin.
25 janvier 1890. .		Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. .		Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. .		Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.		Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. .		Saltzmann, Helsingfors.
27 janvier 1904. .		Senn, Chicago.
20 mars 1867. . .		Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. .		Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. .		Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. .		Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. .		Stimson (Lewis A.), New-York.
31 décembre 1862.		Testa, Naples.
20 janvier 1886. .		Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. .		Thornton, Londres.
17 janvier 1906. .		Trendelenburg, Leipzig.
11 janvier 1893. .		Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. .		Wier, New-York.
17 janvier 1906. .		Willems, Gand.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. MM. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.
1903. Kirmisson.
1904. Peyrot.
1905. Schwartz.
1906. Paul Segond.
1907. Quénu.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Dubrueil (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — Baron Larrey, — Ch. Nélaton, — Le Dentu, — Delens, — Lucien Hahn, — Ch. Périer, — Monteils, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris. — Bulletin médical. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de chirurgie. — Tribune médicale.

Province. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances de la Société de médecine de Nancy. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Picardie. — Marseille médical. — Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est.

Étranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — Archives of the Middlesex Hospital (Londres). — Archivos de la Policlinica (Habana). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — — Bulletin médical de Québec. — Gazette médicale de Strasbourg. — Medizinische Klinik (Berlin). — Medical Record (New-York). — Annual Report of the Henry Phipps Institute (Philadelphie). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the american otological Society (New Befdord). — Transactions of the american surgical Association (Philadelphie). — Transactions of the pathological Society of London.

Le Bibliothécaire de la Société : Dr LUCIEN HAHN.

SÉANCE ANNUELLE

(23 janvier 1907.)

Présidence de M. Paul Segond.

ALLOCUTION DE M. PAUL SEGOND

Mes chers collègues,

Pour avoir toujours la place d'honneur dans l'ordre du jour de nos séances annuelles, le discours de votre président sortant n'en demeure pas moins un morceau oratoire que vous avez mille bonnes raisons de trouver d'autant plus captivant que sa péroraison se fait moins attendre. Telle est au moins ma pensée, et comme je suis, d'autre part, désireux, autant que vous, de donner la parole à notre si aimé secrétaire général Nélaton; vous pouvez m'écouter sans le moindre effroi. Suivant l'usage, nous allons, ensemble, saluer la mémoire de nos chers disparus et dire à nos élus nouveaux notre joie de les voir parmi nous; mais ensuite, je serai, soyez-en sûrs, la brièveté même.

Trois d'entre nous manquent à l'appel cette année : Cruveilhier, Paulet et Dauvé.

Notre collègue Cruveilhier fut longtemps parmi les plus assidus d'entre vous, et j'ai la certitude d'être votre très fidèle interprète en disant que, tous ici, nous nous associons aux belles paroles que notre collègue Justin Lemaître (de Limoges) a prononcées sur sa tombe.

Notre ancien correspondant national Dauvé est peut-être moins connu, surtout des jeunes. Il figure cependant parmi ceux qui ont le mieux mérité de la science. Ancien directeur du Val-de-Grâce, médecin-inspecteur et membre du Comité supérieur de santé, il a publié nombre de travaux importants. Ce fut un des plus habiles chirurgiens de la période préantiseptique et les études qu'il a laissées sur l'hygiène du soldat sont tout à fait remarquables.

Quand à Paulet, notre secrétaire général de 1887, vous savez tous la haute et légitime notoriété qu'il a su conquérir comme

chirurgien d'armée, comme professeur et comme anatomiste. C'est à Constantinople, en 1855; en Italie, quatre ans après, et plus tard en 1870, que Paulet a donné la mesure de son activité chirurgicale. Ses qualités professorales exceptionnelles ont laissé d'impérissables souvenirs à ses auditeurs du Val-de-Grâce, de Lyon et de Montpellier. Enfin, son traité d'anatomie chirurgicale publié avec la collaboration de Sarrazin, est une œuvre de premier ordre qui suffit à le classer parmi les meilleurs anatomistes de son temps.

La mort, vous le voyez, n'a pas craint d'avoir pour nous la main lourde autant que mauvaise, et, sans doute, nous ne pouvons que marquer ses coups. Mais en même temps, pourquoi ne pas nous souvenir, avec l'un de nos plus clairvoyants penseurs, que « les vivants sont toujours et de plus en plus gouvernés par les morts ». N'est-ce point la preuve qu'en dépit de sa toute-puissance inexorable, le destin ne peut cependant empêcher ceux qu'il nous arrache sans merci, de nous laisser mieux encore que le souvenir? Qu'il nous soit au moins permis de le croire!

Et maintenant, chers collègues, il est temps de nous tourner vers nos élus nouveaux. Mayo Robson passe dans le cadre de nos associés étrangers; Giordano, Israel, Psaltoff et Dudley Tait comptent parmi nos correspondants étrangers; Barnsby, Bonnet et Vallas sont nommés correspondants nationaux; enfin, Thiéry, notre distingué collègue des hôpitaux, vient de prendre sur la liste de nos titulaires la place qu'il méritait si bien. Cette simple énumération vaut mieux que de longues phrases et, pour tous ceux qui sont vraiment des nôtres, elle suffit grandement à montrer combien vous êtes restés soucieux du bon renom de notre vieille et bien-aimée Société.

Puissiez-vous longtemps encore rester ainsi les serviteurs fidèles de cette traditionnelle sollicitude!

La troublante mentalité de notre époque le rend plus que jamais nécessaire. Autour de nous, tout craque et tout croule. Les droits les mieux conquis sont contestés, tout ce qui ressemble à une hiérarchie quelconque est stigmatisé, bannières et loques deviennent synonymes, le dernier des conscrits entend ignorer ce qui le sépare des plus grands capitaines et, pour ne parler que de notre monde, la phobie des mandarinats et des chapelles y fait de tels ravages, qu'aux yeux de ceux qu'elle contamine, toute maîtrise n'a plus qu'une valeur archaïque. Le nivellement quand même, le nivellement partout. Voilà le mot d'ordre, et c'est ainsi qu'à l'avenir, le seul fait d'avoir passé plus ou moins péniblement les examens de doctorat, devrait, immédiatement et sans discussion, conférer désormais toutes les prérogatives que de longues années de labeur permettaient seules, jadis, d'ambitionner et d'obtenir.

Tout cela, vous le savez bien, se dit, s'écrit, se proclame, se syndicalise et devient le bréviaire d'un nombre d'adeptes

chaque jour grandissant. Comment donc notre vieille Société échapperait-elle à cette tourmente générale et soi-disant réformatrice? On ne le voit guère. Et du reste, il y a bien longtemps que notre chapelle est visée. Lisez plutôt les premiers exemplaires du numéro que, chaque année, le *Progrès médical* consacre aux étudiants. Vous y trouverez, à propos de la Société de Chirurgie, l'annuel et suggestif entrefilet que voici : « Cette Société, qui est une société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux et qui, cependant, ont un nom fort honorablement connu. »

Est il possible d'être à la fois plus tendancieux et plus net? Non point, et vous auriez beau riposter que cette insinuation porte à faux, que vous savez, avec orgueil, enrôler parmi vous des hommes comme Hennequin et que, jusqu'ici, tout au moins, les occasions légitimes de vous recruter, ainsi, parmi les confrères parisiens ne faisant point partie du corps chirurgical des hôpitaux, ne vous ont point obsédés particulièrement.., ce serait peine perdue. Le petit refrain annuel du *Progrès médical* n'est pas moins devenu chant populaire !

Est-ce à dire qne nous soyons réduits à ne plus trouver nulle part à qui parler? Par le temps qui court, nos défenseurs ne sauraient être, à vrai dire, que des réactionnaires singuliers autant que bizarres. Soit. Mais il n'est pas moins vrai qu'ils existent. Leur nombre est même plus grand qu'on ne le suppose et, qui plus est, leur recrutement est pour jamais assuré, pour cette raison fort simple que le bon sens, en toutes choses, a, quoi qu'on fasse, la vie très dure. Je me sens donc en belle compagnie pour vous exhorter à la défense acharnée de notre chère maison.

Certes, il ne faut rien exagérer. Tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes et ce serait, par exemple, tactique bien maladroite que de ne point proportionner vos effectifs à la valeur comme au nombre de ceux qui peuvent mériter vos suffrages. Mais de grâce, demeurez avec nous les servants convaincus de nos traditions tutélaires, faites face à la tempête, ne laissez point vos portes ouvertes à tous les vents, restez en un mot une société fermée et, pied à pied, défendez votre chapelle.

J'ai terminé, mes chers collègues, et voici, pour moi, l'heure venue de passer dans votre territoriale. Recevez donc, avec mon cordial adieu, mes souhaits de longue prospérité. Laissez-moi surtout vous dire à quel point je resterai fier toujours d'avoir, avec vous, vécu mes plus chères années et, par vous, conquis l'un des plus beaux titres qu'un chirurgien puisse envier : celui de Président de la Société de Chirurgie.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1906

par M. Paul Michaux, secrétaire annuel.

Messieurs et chers collègues,

La nouvelle organisation de vos Bulletins, le soin et l'exactitude que vous apportez dans la rédaction personnelle de vos communications, simplifient singulièrement la tâche de votre secrétaire annuel.

Vous prenez soin d'enlever les *épines*, vous ne nous laissez plus que les *roses*, et l'agréable mais délicate mission de les assembler pour les remettre sous vos yeux en cette réunion annuelle. Ce sont bien toujours *Roses de France*, on les reconnaît à la richesse de leur coloris.

Chirurgie générale, chirurgie des viscères et des membres, Gynécologie, il n'est pas un des problèmes de notre art auquel vous n'apportiez votre solution souvent définitive, toujours élégante, claire et précise, témoignant tout à la fois d'une science éclairée, d'un esprit ingénieux, et par-dessus tout de ce souci absolu du malade qui a toujours été et qui sera toujours la préoccupation dominante de la Chirurgie française.

En matière de chirurgie générale, l'*anesthésie* reste la question passionnante.

La grande lutte entre l'*appareil* et la *compresse* s'est renouvelée à plusieurs reprises au début de cette année : la *compresse* perd évidemment du terrain, ses défenseurs se font de plus en plus rares et timides ; l'*appareil* triomphe sur toute la ligne.

Notre collègue Reynier insiste toujours sur l'importance du *mélange titré* ; presque tous ses malades sont anesthésiés avec le mélange à 12 p. 100, et la statistique de 1.245 anesthésies qu'il nous a communiquée est en vérité des plus satisfaisantes.

Malgré tout, l'appareil de Ricard tient la faveur générale ; Walther et Calvé (de Valence) ont cherché à l'améliorer en perfectionnant le masque, en rendant le tube rigide et en permettant à la soupape de s'adapter indifféremment aux deux ajustages. Dans l'appareil de Soubeyran et Demelle, dont Faure nous a donné la description, le réservoir spécial se fixe directement sur le masque.

Ces perfectionnements ne vous suffisent pas et bon nombre de

nos collègues cherchent encore à diminuer la quantité d'anesthésique employée par des *injections préalables de scopolamine.*

Le travail que Psaltoff (de Smyrne) a adressé à notre Société sur ce sujet nous a valu un rapport des plus documentés de Walther.

Notre collègue emploie la scopolamine associée à la morphine, suivant la méthode indiquée par le professeur Terrier, et les 345 anesthésies qu'il a ainsi pratiquées confirment absolument les conclusions émises l'an dernier : suppression de toute appréhension, anesthésie facile, diminution très notable de la quantité de chloroforme employée, augmentation de la diurèse, diminution des vomissements post-opératoires.

Ces résultats sont confirmés par tous ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion : Routier, Segond, Terrier, Chaput, Jalaguier. Seul, M. Monod fait quelques sages réserves et demande qu'on n'oublie pas les cas de mort publiés à l'étranger.

La communication de notre collègue Picqué sur le *chloroforme et les psychopathies* n'est pas de celles qu'on analyse en quelques mots ; les faits nombreux et variés qu'elle contient comportent trop d'enseignements précieux pour qu'on les puisse oublier.

Enfin notre collègue Chaput reste le partisan convaincu de la rachistovaïnisation, et il nous a apporté le 31 janvier sa statistique de l'année 1905.

Réunissant dans un même rapport 19 cas de Thiéry avec moulages, deux cas de Lenormant, deux cas de Dujarrier, un de Lecène, et un de Silhol, notre collègue Hartmann nous a montré que la *bothryomycose* n'était pas exceptionnelle à Paris.

Se basant sur l'absence du bothryomyces et sur les caractères histologiques signalés par Kuttner et Lecène, Hartmann voudrait voir remplacer le terme de *bothryomycome*, qui ne fait que consacrer une erreur, par celui de *granulome télangiectasique.* M. Poncet, malgré tout, reste fidèle à la dénomination première.

Le problème est renvoyé à une autre année pour solution définitive.

C'est à la *chirurgie du cœur*, me semble-t-il, que revient cette année la première place parmi les questions de chirurgie viscérale soumises à votre aréopage.

L'extrême gravité des *plaies du cœur*, la nécessité d'une intervention ultra rapide, les anxiétés et les angoisses qu'elle comporte, la lutte passionnante qu'il faut soutenir pour arracher à la mort celui ou celle qu'elle tient déjà, pour forcer encore à se contracter ce cœur qui s'arrête et se refuse à battre plus longtemps, je ne sais rien de plus saisissant, et les belles présentations de Ricard et de Thiéry, les beaux rapports de Quénu et de Rochard

ont laissé certainement dans vos esprits comme dans le mien des impressions qui ne sont pas près de s'effacer.

En quelques minutes, le chirurgien est prêt, ganté, il fait sauter le volet thoracique, il ouvre le péricarde, le débarrasse de ses caillots, saisit le cœur à pleine main, suture la plaie béante, — l'hémostase se produit.

Mais le cœur, qui battait à peine, s'arrête comme épuisé, il se refuse à battre davantage. La main du chirurgien vient à son aide; — elle s'essaie à le suppléer.

Parfois le *massage du cœur* réussit au bout de quelques secondes, — longues comme des heures, — à rendre la vie et à sauver le malade, d'autres fois tous les efforts sont vains.

Faut-il désespérer? — Pas encore, nous disent Quénu, Delorme, Duval. — Jaffé (de Posen) a montré au Congrès de chirurgie allemande, en 1906, qu'en injectant du sérum physiologique dans le ventricule gauche, le cœur, qui ne battait plus, se remettait incontinent en mouvement.

Cette expérience, M. Duval, assistant de M. Quénu, l'a répétée avec une variante involontaire qui comporte peut-être son enseignement : le cœur ne bat plus; M. Duval injecte un litre de sérum chaud, le cœur se remet à battre; on injecte un second litre de sérum, — froid celui-là sans qu'on le sache, — le cœur s'arrête. — Ayons donc toujours en pareil cas du sérum à la température voulue.

Quant au *massage du cœur*, convient-il de l'appliquer à la *syncope chloroformique?* Oui, nous disent Rochard et Mauclaire, avec des statistiques très intéressantes.

Par la voie thoracique? Par la voie abdominale?

En ouvrant le diaphragme ou sans l'ouvrir?

Les préférences de Rochard sont pour la voie abdominale, sans ouverture du diaphragme.

Celles de Mauclaire sont sensiblement les mêmes; mais si le massage sous-diaphragmatique ne suffit pas, notre collègue est partisan de recourir au massage direct transdiaphragmatique.

Le travail de notre collègue contient aussi d'intéressants résultats sur les injections artérielles, résultats empruntés à la thèse d'Halluin.

Je crains de m'être laissé entraîner bien longuement par la chirurgie du cœur, mais si ces communications arrachent à la mort des malades que nous étions autrefois impuissants à sauver, j'aurai, je pense, quelque droit à votre indulgence.

Dans les *plaies de poitrine* par coups de feu, nos collègues de l'armée Delorme, Loison, me semblent plus partisans que nous de l'intervention chirurgicale. Nous la pratiquons aussi, mais seule-

ment dans des cas exceptionnels, et, comme le font très justement remarquer nos collègues Tuffier, Guinard, Picqué, Delbet et nous-même, nous nous trouvons bien de nous abstenir dans la plupart des plaies de poitrine par balles de revolver que nous sommes appelés à soigner dans nos services.

Sans sortir du poumon, permettez-moi de vous rappeler le malade que Tuffier vous a présenté guéri par *thoracotomie* d'une *gangrène du poumon*, les rapports de Tuffier et Potherat sur les *kystes hydatiques* de ce même viscère, et ceux de Mauclaire et Picqué sur la bronchoscopie dans les corps étrangers des bronches.

Nombreuses ont été les présentations de *corps étrangers de l'œsophage* : M. Kirmisson vous a montré un sou qui avait séjourné trois mois dans l'œsophage et qu'il a fort habilement extrait avec son crochet spécial. Le record de la durée appartient pourtant au petit garçon de quatre ans que notre excellent collègue Jalaguier vous a présenté au cours de la dernière séance. L'enfant avait avalé, il y a *deux ans et demi*, le *sou* bien altéré que Jalaguier lui a fort habilement enlevé par œsophagotomie externe.

Broca vous a présenté une épingle de cravate qui a franchi sans encombre tout le tube digestif. Legueu, Ricard, Schwartz nous ont rapporté des exemples de *pièces dentaires aussi habiles* et de *tubes digestifs aussi complaisants*; Mauclaire nous a montré par la radiographie un corps étranger avalé par la bouche et arrêté dans l'ampoule rectale.

D'autres ont nécessité l'emploi du fer, je veux dire du bistouri : Bluysen a extrait par gastrotomie un dentier arrêté au cardia (rapport de Chaput), mais c'est l'*œsophagotomie externe* qui demeure pour tous le traitement de choix, l'opération d'élection.

Rapports de Mauclaire et de Richelot. Discussion : Sebileau, Pozzi, Picqué, Tuffier, Kirmisson, Delbet, Quénu, Mauclaire, Terrier.

Parmi les *affections du sein*, je dois une mention aux cas de Chaput et Souligoux : mammite simulant une tumeur maligne; de Walther : coïncidence d'un fibro-adénome avec un épithélioma et un noyau tuberculeux, et encore de notre collègue une communication sur les modifications produites par la radiothérapie.

Bazy nous a indiqué le procédé de Krouchkoll pour éviter la dermite des rayons X, et notre toujours aimable secrétaire général Nélaton nous a fait connaître le très élégant procédé autoplastique de restauration du sein, exécuté dans son service par notre collègue Ombredanne.

Vos travaux sur la *chirurgie du foie* et des *voies biliaires* ont été cette année particulièrement nombreux.

Le traitement chirurgical des kystes hydatiques tout particulièrement a été l'objet de discussions intéressantes. Dans deux communications en date des 17 janvier et 14 février, Quénu a étudié la conduite à tenir dans les kystes simples et dans les kystes suppurés. Routier et Delbet nous ont présenté chacun deux malades traités par la suture sans drainage et guéris malgré une poussée d'élévation de température assez accusée.

Complétant ses rapports précédents, notre vice-président toujours actif nous a lu dernièrement un travail très précis et très minutieux sur l'*irruption des hydatides dans les voies biliaires* et sur le traitement chirurgical de cette redoutable complication.

Gravité extrême, brusquerie des accidents, intensité précoce, rapidité d'évolution, tout en pareil cas conduit à une intervention chirurgicale rapide, *sur la vésicule*, s'il n'y a pas d'angiocholite, *sur les voies biliaires principales*, s'il y a des accidents graves d'infection biliaire. L'aspiration immédiate ou secondaire sera parfois un complément utile du drainage (Duval).

MM. Terrier et Bazy ont apporté des observations complémentaires de cette grave et intéressante question.

L'*état des voies biliaires* dans la *lithiase biliaire* et dans les *pancréatites chroniques* a amené à cette tribune un certain nombre de nos collègues.

Pour Delbet, la rétraction de la vésicule tient au *siège* du calcul dans la portion cystique du canal double hépato-cystique; pour Hartmann, elle est liée à un processus inflammatoire chronique évoluant vers la sclérose et non à la rétraction d'une vésicule inutilisée; pour Bazy enfin, si les canaux sont libres, la vésicule se vide et se rétracte; s'ils sont obstrués, elle se dilate.

Chacun de nous sait d'ailleurs qu'on trouve parfois dans la lithiase ces vésicules dilatées par mucocèle; Routier et Hartmann nous en ont rappelé des exemples.

Les *obstructions dues aux pancréatites chroniques* sont plus difficiles à diagnostiquer et plus difficiles à vaincre.

Dans son rapport de l'an dernier, mon collègue Picqué vous a déjà très clairement résumé l'état de la question après le très beau rapport de Quénu sur l'observation de Brin, d'Angers. Cette année encore, cette discussion est revenue sur le tapis et nous a valu les faits si intéressants du professeur Terrier, de Segond, de Lejars, Delbet, Hartmann, Tuffier, ainsi que la réplique de Quénu.

Sur la question du *drainage des voies biliaires*, Quénu pense comme M. Terrier que toute angiocholite mérite d'être traitée par le drainage des voies principales, plutôt que par le drainage des voies accessoires.

C'est l'avis de Lejars et de la plupart de nos collègues.

Si la vascularisation des fausses membranes et adhérences périvésiculaires laisse subsister quelque doute sur la persistance possible de l'inflammation, Quénu est encore disposé au drainage des voies biliaires.

Il s'y refuse si le processus inflammatoire est nettement éteint, si la cholécystectomie est faite absolument à froid.

Enfin, vous avez tous encore présente à l'esprit la très intéressante communication du professeur Terrier sur l'*hépatico-duodénostomie.*

Deux de nos collègues avaient anastomosé le cholédoque et l'hépatique dans l'estomac, M. Terrier nous a montré combien il était plus facile de l'aboucher à l'angle du duodénum, comme l'avait déjà fait Kehr, et il nous en a apporté deux magnifiques observations.

Le traitement chirurgical des *plaies et contusions de l'abdomen* est représenté dans vos bulletins par les observations de MM. Dionis du Séjour, Reboul, Estor, Pieri. — C'est du Midi que nous vient la lumière. — Faisons une place à part à l'observation de M. Pieri, de Marseille : plaie par balle de revolver, 15 perforations de l'intestin, suture, guérison, et au rapport de notre collègue Picqué qui contient une très belle statistique de 13 laparotomies rapides pour plaies ou contusions de l'abdomen avec 10 guérisons et 3 morts.

Aussi bien n'est-ce pas de ce côté que s'est dirigée votre discussion sur le rapport de mon ami Ricard et l'observation de M. Dionis du Séjour. La question de l'*éventration consécutive* a mis le feu aux poudres, et une discussion des plus animées a amené à la tribune la moitié de notre Société : MM. Guinard, Quénu, Routier, Monod, Tuffier, Reynier, Chaput, Walther, Hartmann, Segond, Potherat.

Terminons cette énumération par la jolie présentation de Morestin : *masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale* qui nous a valu un excellent rapport de Villemin. Discussion : Broca, Le Dentu.

Les *sténoses pyloriques par corrosion* ne sont pas fréquentes, et pourtant deux exemples vous en ont été apportés par MM. Robineau et Martin. Tous deux ont eu recours à la gastro-entérostomie, et c'est à cette opération que M. Tuffier donne la préférence dans son rapport.

Les observations de nos collègues Quénu et Monprofit ont porté un nouveau coup à la *linite plastique.* Les examens histologiques ont montré qu'il s'agissait d'*épithéliomas.* M. Quénu a signalé, à propos de son observation, la dilatation de l'œsophage consécutive à la gastrectomie partielle qu'il avait pratiquée.

Parmi les affections de l'estomac qui ont appelé votre attention, laissez-moi encore vous signaler deux cas de *perforation de l'estomac par ulcère rond* (Lapeyre), rapport de M. Bazy, et un travail de M. Chavannaz sur les *fistules gastro-coliques.*

La question de l'*invagination intestinale* chez l'enfant a été amenée à la Société de Chirurgie par Lejars, à propos de trois observations intéressantes de M. Szcypiorski, de Mont-Saint-Martin.

Les faits similaires que nous ont rapportés Kirmisson, Broca, Témoin, Delbet ont confirmé les conclusions du rapporteur. Kirmisson en a donné un résumé concis :

Il faut, nous dit-il très justement, « que tous les médecins sachent que l'invagination intestinale constitue la forme par excellence de l'occlusion intestinale chez les enfants du premier âge, que l'écoulement de sang par l'anus, véritable épistaxis intestinale, est absolument caractéristique, et qu'en pareille matière l'intervention aussi hâtive que possible s'impose comme une nécessité absolue ».

La continence de la fistule jéjunale dans les *jéjunostomies* reste toujours un problème difficile à résoudre. Il ne faut donc pas s'étonner de le voir souvent soumis à votre compétence.

Souligoux a songé tout naturellement à appliquer à la bouche jéjunale le *procédé de torsion* qui lui réussit si bien pour les *bouches stomacales.*

Son rapporteur, notre collègue Guinard, se demande pourquoi, chez des sujets aussi cachectiques que ceux pour lesquels on est obligé de faire la bouche jéjunale, il a compliqué cette opération en faisant la *jéjunostomie en Y.*

Le professeur Terrier s'est rallié à ces conclusions pour la jéjunostomie, en faisant remarquer que dans les gastrostomies la continence, souvent parfaite au début, devenait souvent moindre au bout de quelques mois du fait de l'extension du néoplasme et de la dilatation produite par le cathéthérisme de la bouche anormale. Routier, le professeur Reclus, Quénu, Delbet ont ensuite apporté sur ce point délicat le fruit de leur expérience.

La *chirurgie du mésentère* a été abordée par nos collègues de l'armée MM. Toussaint et Bonnet. Elle pose la question des *mésentérites,* dans la fièvre typhoïde (Toussaint), consécutivement à l'appendicite (Bonnet).

Guinard vous a présenté une volumineuse tumeur *du mésentère.* Notre collègue s'était demandé s'il ne s'agissait pas là d'un myome utérin en migration anormale. Hartmann avait émis l'hypothèse de tumeur à tissus multiples développée dans des débris wolfiens. En réalité, l'examen du professeur Cornil a montré qu'il s'agissait

d'un *fibrome ossifié*. Potherat vous a à ce propos communiqué un fait de sarcome fuso-cellulaire du mésentère.

En fait de *chirurgie intestinale*, j'ai encore à vous rappeler les rapports d'Hartmann sur la *tuberculose de la partie terminale de l'iléon* (Michon) et l'*iléo-rectostomie* avec exclusion unilatérale de l'intestin,

— l'observation de Bazy sur l'occlusion intestinale par coudure de l'S iliaque,

— les présentations de Walther sur les lésions de l'épiploïte,

— et enfin le rapport de M. Richelot sur le *procédé esthétique* de *cure radicale des hernies inguinales* que vous avait présenté M. Morestin, qui s'est fait depuis longtemps parmi nous le propagateur de la chirurgie qui ne laisse pas de traces.

A propos de deux observations de Letoux, et de Hue, de Rouen, notre collègue Tuffier vous a lu deux rapports très documentés sur les *hernies diverticulaires*, et un fait de Schmidt a inspiré à Guinard de très judicieuses réflexions sur la *torsion du grand épiploon hernié*.

Broca, Tuffier et Mauclaire vous ont signalé des faits semblables.

En *chirurgie du gros intestin* vous avez étudié le *cæcum mobile*, le *volvulus du cæcum*, — Quénu — les *péricolites adhésives sténosantes*, — Potherat, Sieur, Delangre — *le double rétrécissement syphilitique du rectum et du côlon*. Rapport d'Hartmann, 11 juillet.

Mes collègues Bazy, Hartmann et moi vous avons présenté des *cancers du côlon* ou *recto-sigmoïdiens* opérés et bien guéris.

Enfin, dans une communication que j'ai eu l'honneur de vous lire le 7 mars dernier, je vous ai apporté, je crois, la première observation de *périsigmoïdite* parue en France.

Dans cette observation, le point de départ vérifié par un examen anatomique complet était nettement un abcès de l'ovaire. Aussi mes collègues Lejars, Hartmann ont-ils contesté le titre donné à mon observation. — Pièces en main, je ne crois pas être dans mon tort.

MM. Monod, Sieur, Loison, Tuffier ont apporté des faits voisins du mien ; mais pour Broca, Jalaguier, Segond les périsigmoïdites sont le plus souvent des appendicites gauches.

Enfin vous avez encore présent à l'esprit le très intéressant et judicieux travail que Quénu vous a lu dans une de vos dernières séances sur les *plaies du rectum par empalement*, leur traitement direct par la laparotomie d'urgence et la suture.

La *chirurgie de l'appendice* est encore plusieurs fois revenue à cette tribune. M. Le Clerc, de Saint-Lô, notre correspondant, nous a envoyé une observation de hernie isolée de l'appendice dans un sac crural, et dans une observation de notre nouveau correspon-

dant M. Barnsby, rapportée par M. Picqué, c'est encore dans une hernie crurale que le chirurgien avait trouvé l'appendice et le fond du cæcum sphacélés par étranglement.

A la séance du 25 juillet, nos collègues Broca et Routier ont rappelé à votre mémoire les *appendicites* consécutives aux *entérites de l'enfance.*

J'ai eu également à vous rendre compte de deux travaux de notre collègue M. Bonnet, médecin-major de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, sur les *mésentérites consécutives à l'appendicite* et sur le décollement du cæcum pour aller à la recherche de l'appendice inclus dans le mésentère.

Les *phlébites* survenant au cours d'appendicites aiguës ou opérées à chaud sont connues depuis longtemps, chacun de vous en a certainement observé des exemples ; les *phlébites gauches survenant* après *appendicectomie à froid* sont plus rares, exceptionnelles même, disent Kirmisson, Félizet, Broca, Villemin. Le substantiel rapport de notre collègue Broca en a fort heureusement souligné les caractères, en insistant une fois de plus sur les précautions sévères d'immobilisation qu'impose cette toujours redoutable complication.

L'origine infectieuse est d'ailleurs la seule admissible ; Tuffier, Routier, Legueu, Potherat, Guinard sont sur ce point d'accord avec le rapporteur.

Le travail de notre collègue Villemin sur le *drainage lombaire* dans les *péritonites appendiculaires* chez l'enfant a été critiqué légèrement par Routier, Chaput et Segond. Villemin a montré qu'il était plus déclive et presque aussi rapide que la double incision iliaque. C'est cependant à celle-ci que vont les préférences de M. Segond.

Si je ne craignais d'abuser de votre indulgente attention, j'aurais bien des travaux intéressants à vous relater sur la *chirurgie des voies urinaires.*

Je dois me borner à vous citer en courant :

Le cas de *néphrectomie* de Routier pour rupture traumatique du rein, les rapports de Tuffier sur les *hématomes sous-péritonéaux* par rupture spontanée de sarcome du rein avec les observations d'Hartmann, Bazy, Michaux, Savariaud ;

Le mémoire de notre savant collègue Pousson sur l'*intervention chirurgicale dans les néphrites hématuriques*, avec les sages réserves de nos collègues Reynier, Legueu, Routier, Tuffier, Carlier, Delbet.

Sur les hydronéphroses, Le Dentu, Bazy, Hartmann, Tuffier, Delbet ; *Sur les calculs*, Legueu, Bazy, Guinard, Hartmann.

Mais ce sont surtout les *tumeurs du rein* qui ont amené nos col-

lègues à la tribune, et vos Bulletins en ont reproduit plusieurs très beaux exemples : *Reins polykystiques*, Routier, Segond ; *Papillome du bassinet*, Bazy, Legueu, Reynier ; *Epithélioma*, *Cancer du rein*, Segond et Richelot.

Hypernéphromes, Routier, Hartmann ; *Epithélioma de la partie inférieure de l'uretère*, Albarran, Guinard.

Dans les cas de *rupture traumatique de l'urètre périnéal*, notre collègue Legueu préfère la *réparation en deux temps* à la *suture immédiate*.

Le *rétrécissement congénital de l'urètre* a fait l'objet d'une étude de Bazy sur un fait de Rouvillois, et le rapport de Tuffier sur l'*hypospadias* et sa cure par le *procédé de Donnet à lambeau préputial* terminent la série de vos travaux génito-urinaires.

Chaput nous a cependant encore apporté un beau succès d'épididymite suspecte traitée par la méthode de Bier, et Walther deux beaux cas d'orchidopexie.

Les *sarcomes* et les *kystes de l'ovaire*, les *grosseurs tubaires*, les *kystes de l'utérus*, les cancers, les *tumeurs solides du vagin* sont les questions de gynécologie auxquelles vos travaux ont apporté leur principale contribution.

Legueu vous a présenté un kyste de l'ovaire chez une enfant de trois ans ; Tuffier vous a apporté la très curieuse gravure d'une femme de soixante-dix ans dont le kyste ovarique contenait 94 litres de liquide, et à ce propos nos collègues Segond et Poncet nous ont rapporté de curieux exemples de gros kystes de 40 à 60 kilogrammes.

Je vous ai présenté aussi un très volumineux sarcome de l'ovaire dont l'ablation a nécessité la résection de 30 à 40 centimètres cubes d'intestin grêle.

Nous avons été tous assez heureux pour guérir nos malades.

Les *kystes simples de l'utérus* n'existent-ils pas ? Faut-il les ranger tous dans la catégorie des *sarcomes* ? On serait tenté de le croire devant la curieuse série de présentations que vous ont faites MM. Monod, Potherat, Mauclaire et Delbet.

Deux cas intéressants de *tumeurs du vagin* ont été apportés à cette tribune par Potherat et Routier. Elles rentraient dans la catégorie des fibromes et des fibrosarcomes, et leur point de départ était nettement vaginal.

J'ai encore à vous mentionner le rapport de notre collègue Picqué sur la belle présentation de Lapointe, *Perforation ou gangrène de l'utérus dans un cas d'avortement provoqué* ; une ablation de la trompe pour *grossesse tubaire*, par Bousquet; une ablation pour avortement tubaire par Savariaud avec un rapport de notre collègue Reynier, et un rapport de Faure sur les observations de

Lapeyre, *Grossesses extra-utérines non rompues de plus de quatre mois et demi.*

Enfin la belle observation de Duval, *extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale*, a dicté à notre collègue J.-L. Faure un rapport des plus intéressants et provoqué les remarques pratiques de Walther, Hartmann, Monprofit, Quénu, Routier.

Les *régions de la tête et du cou* ont amené 27 présentations ou communications :

De Potherat, une fracture du crâne avec projectile intracérébral;

De Lapointe, une suppuration de l'oreille moyenne propagée à la fosse cérébelleuse. Rapport de Legueu;

De Pierre Delbet, un abcès intra-dural par projectile extradural;

De Legueu, extirpation d'un glio-sarcome cérébral;

De Mauclaire, un angiome caverneux de la face;

De Sebileau. une très belle présentation de prothèse mandibulo-faciale;

De Morestin, un épithélioma de la mâchoire.

J'en passe, et des meilleures, pour arriver à vos importantes discussions sur les *épithéliomas branchiaux*, Faure-Morestin; les *goitres aberrants*, Reynier-Delbet; les *fistules congénitales* (Broca), *thyroïdiennes*, Buscarlet.

La *chirurgie des membres* ne vous est pas davantage restée indifférente : j'ai relevé dans notre Bulletin de l'année une vingtaine de présentations ou de communications sur les affections des membres supérieurs, et une trentaine sur celles du membre inférieur.

Énumérons en courant : deux anévrismes traumatiques, de Loison et Walther, une suture du nerf cubital par Potherat, un bel ostéome du brachial antérieur de Peyrot, un cerclage de l'olécrane de Picqué, une arthrotomie de Kirmisson pour luxation du coude, une observation de luxation paralytique du radius en arrière et en dehors de M. le professeur Le Dentu.

Au *membre inférieur*, mentionnons un clair et précis rapport de notre secrétaire général, M. Nélaton, sur une subluxation récidivante de la hanche gauche, et sur un cas d'ankylose osseuse de la hanche, des tumeurs du nerf sciatique (Walther, Monod, Potherat); le rapport de Demoulin sur l'extirpation de l'anévrisme artériel du tronc tibio-péronier, — les travaux de notre collègue Reynier sur le pied de Madura, — les présentations de Chaput sur les luxations tarso-métatarsiennes; les rapports de Broca et de Kirmisson sur le traitement des pieds bots, et l'intéressante dis-

cussion qui suivit le rapport de Ricard sur les amputations économiques et à laquelle prirent part Rochard et Lucas-Championnière.

Enfin, pour témoigner de l'intérêt que vous portez aux plus petites questions et des lumières que vous savez y apporter tout en gardant précieusement le souvenir des travaux de nos maîtres, laissez-moi, en terminant, vous rappeler brièvement vos belles discussions sur les *traumatismes du poignet*, les *fractures du fémur*, et les *fractures de jambe.*

La radiographie commence à nous permettre de séparer les lésions des os du carpe des fractures de l'extrémité des os de l'avant-bras.

Dans cette étude difficile des *fractures et des luxations des os du carpe*, les observations de M. le D[r] Couteaud, l'étude très complète de notre collègue Pierre Delbet, les remarques de Segond, Kirmisson, Nélaton font ressortir l'existence d'un type principal caractérisé par la *luxation dorsale du grand os* avec *partie ou totalité du scaphoïde et du pyramidal.* Presque toujours en pareil cas, ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Couteaud, le semi-lunaire reste adhérent à l'extrémité inférieure du radius, pouvant avec lui faire saillie à travers les téguments; cliniquement Segond insiste sur la fixation particulière du poignet en extension. Le traitement de choix est l'*ablation des os luxés.*

Dernièrement encore, Quénu est revenu sur la question des fractures de l'extrémité inférieure du radius par *retour de manivelle* et vous en a montré une très belle radiographie.

La coaptation parfaite des fragments du fémur est extrêmement difficile à obtenir, même avec l'excellent appareil d'Hennequin. Les radiographies apportées par MM. Monod et Demoulin le prouvent; mais Hennequin fait très justement remarquer que si l'extension continue ne remet pas absolument les deux fragments bout à bout, elle assure le principal, c'est-à-dire la concordance des axes statiques avec un raccourcissement insignifiant, souvent nul, et un résultat fonctionnel normal.

Notre collègue a-t-il convaincu Delbet et Tuffier, je ne saurais le dire; mais bon nombre d'entre nous restent fidèles à son appareil et s'en trouvent fort bien; cette opposition d'ailleurs nous a valu de Pierre Delbet une belle présentation de fracture du fémur traitée par l'appareil de marche.

Il me faudrait maintenant vous résumer votre belle discussion sur les *fractures bimalléolaires*, *sus-malléolaires* et *sur la fracture du péroné par diastase*, fracture de *Maisonneuve.* Je pourrais dire que la Société tout entière y a pris part, que les documents les plus importants ont été versés aux débats, mais je me sens incapable de résumer en quelques lignes les faits nombreux que vous

avez apportés. Nous ne pouvons que remercier notre collègue Chaput d'avoir soulevé cette belle discussion et nous féliciter des observations multiples et précises qu'elle a exhumées.

Quand je vous aurai rappelé les beaux résultats de la *méthode de Bier* apportés ici par Chaput et de la *méthode sclérogène* exposés par Walther dans les synovites fongueuses, tendineuses et articulaires, j'aurai, je crois, rappelé à votre souvenir la plupart de vos présentations et rapports, j'aurai terminé, Messieurs, la rapide énumération de vos principaux travaux de l'année.

Je crains de ne leur avoir pas donné assez de couleur, assez de vie; pour ne pas abuser de votre bienveillante attention, j'ai dû en laisser de côté un certain nombre, je vous en demande pardon.

Pour incomplet qu'il soit, mon résumé n'en est pas moins le vivant témoignage de votre activité toujours en éveil. A ceux qui parcourront ces pages, votre Société paraîtra bien ce qu'elle a toujours été, le *foyer toujours ardent de la saine chirurgie française.*

ÉLOGE

DE

LOUIS-ALEXANDRE DE SAINT-GERMAIN

(1835-1897)

par Ch. NÉLATON

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

« Je suis né à Cherbourg (Manche), le 9 octobre 1835. Ce jour-là, la ville était en joie. Son Altesse Royale le prince de Joinville était attendu pour présider au lancement d'une frégate et mon père, alors aide-commissaire de la marine, reçut de son supérieur, le commissaire général Alexis Mermoud, le conseil de demander à Son Altesse d'être mon parrain. L'Altesse accepta d'abord, puis oublia, et ce fut le commissaire lui-même qui voulut bien se charger de la corvée. On se rendit à la mairie, où le fonctionnaire qui devait recevoir la déclaration, se trouvant parfaitement ivre à la suite du banquet qui venait d'avoir lieu, substitua au nom d'Alexis qu'il connaissait peu, celui d'Alexandre, qui lui parut beaucoup plus ronflant. Je fus donc nommé Louis-Alexandre de Saint-Germain ».

Messieurs, vous avez reconnu le style et la verve de notre regretté président. Ces lignes sont les dernières qu'il ait écrites quelques mois avant sa mort, alors que, cherchant à fuir l'ennui, à se débarrasser d'une pensée obsédante, d'un chagrin poignant, il essayait de s'occuper en écrivant l'histoire de sa vie.

Il n'est pas en effet de contraste plus frappant que celui qui nous est offert par les débuts, la vie et la fin de notre cher maître de Saint-Germain. Ses débuts d'insouciance, de gaieté exubérante et de franche folie, sa vie tout entière de travail, de bonheur familial, de succès, et sa fin déchirante, sombre, dont rien ne put adoucir l'amertume, pas même la tendresse profonde d'une famille qu'il chérissait.

Ce sont ces diverses phases, messieurs, que je vais essayer de faire passer sous vos yeux, tout en m'efforçant de mettre en lumière

le rôle prépondérant que Saint-Germain sut remplir dans le développement de l'orthopédie.

— Louis-Alexandre de Saint-Germain était le fils d'un homme dont les débuts avaient été particulièrement durs. Son père Auguste-Louis Philippe de Saint-Germain avait dû s'engager comme mousse à l'âge de quatorze ans. Il avait navigué pendant une douzaine d'années, puis, apprécié par ses chefs en raison de son intelligence et de son zèle, il s'était progressivement élevé et de bonne heure était devenu commissaire adjoint de la marine; il occupait cette fonction à Cherbourg au moment de la naissance de notre maître.

Quelques années plus tard il obtenait un poste à Paris, dans les bureaux du ministère de la Marine, et se fixait définitivement dans notre ville. Mais la vie de bureau ne suffisait pas à l'activité de l'ancien marin. Levé le matin dès quatre heures, il s'occupait à des travaux de comptabilité, tenait des livres, faisait des écritures pour des maisons de commerce, augmentant ainsi les modestes ressources dont il disposait. Le soir, il suivait des cours d'anglais, désirant posséder mieux cette langue qu'il avait quelque peu parlée, sachant combien il est utile de la connaître et désirant l'enseigner lui-même à ses fils.

Dès que ceux-ci commencèrent leurs études ils furent dirigés par leur père, qui devint leur répétiteur. Répétiteur sévère, n'admettant pas un manque à la discipline et, exigeant d'une manière inflexible l'accomplissement du devoir, il donnait le premier l'exemple; dès quatre heures du matin été comme hiver le père était au travail avec ses enfants, veillait à ce que les devoirs fussent faits et bien faits, à ce qu'il n'y eût pas de temps perdu en enfantillages, à ce que l'effort donné portât fruit.

Aussi et comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, eût-il bientôt toute satisfaction. Son fils Louis comptait au lycée Bourbon dans les meilleurs élèves de sa classe et, parmi les prix qu'il obtenait, un entre autres vint particulièrement flatter l'amour-propre du père et du maître : c'était le prix d'anglais remporté au concours général dans la classe de troisième.

Les études classiques se poursuivirent donc brillamment. Lorsqu'elles furent achevées, notre maître ne présentait aucune vocation, aucune préférence pour une carrière quelconque. Son père choisit pour lui et le lança dans la carrière médicale.

Louis de Saint-Germain commençait ses études de médecine lorsqu'une circonstance heureuse le servit. La famille de Saint-Germain habitait rue de l'Ouest une sorte de villa, et dans cette même villa logeait la famille Balard dans laquelle était

reçue la sœur de Maisonneuve. Les relations entre les deux familles étaient très cordiales et, dès que le jeune étudiant commença à suivre l'enseignement des hôpitaux, c'est vers le service de Maisonneuve qu'il fut tout naturellement dirigé. Il y entra comme élève bénévole, y fut fort assidu, appliquant à la préparation des concours d'externat et d'internat les méthodes de travail qu'il avait prises au lycée, et ne tarda pas à se placer au premier rang parmi ses concurrents. Il fut nommé externe en 1854. En 1856, à vingt et un ans, il arrivait à l'internat.

Ce fut alors l'époque de la plus exubérante gaieté. L'internat de Saint-Germain est resté légendaire et tous ceux qui passèrent une année avec lui en ont conservé un désopilant souvenir; les farces, les inventions, les parties de toute sorte se succédaient sans interruption et des histoires nouvelles venaient tous les jours égayer la salle de garde.

Saint-Germain fut interne de Maisonneuve, de Legroux, et de Chassaignac. C'est pendant son internat chez Chassaignac que parmi les nombreuses farces dont Lariboisière fut le théâtre, se place celle qu'il se plaisait souvent à raconter :

Chassaignac une fois par semaine avait coutume de réunir un certain nombre de malades atteints soit de fistule à l'anus, soit d'hémorroïdes. Il les traitait en sectionnant le trajet fistuleux ou le bourrelet hémorroïdaire avec l'écraseur linéaire. Chassaignac venait d'inventer l'écraseur, il le présentait et en démontrait la manœuvre.

Devant un auditoire toujours assez nombreux d'élèves, de confrères ou de médecins étrangers, il faisait sa démonstration. C'était ce que Saint-Germain appelait le « festival fistulo-hémorroïdaire ». Cinq ou six malades déshabillés étaient couchés côte à côte présentant aux regards la région malade. Chassaignac passait une chaîne d'écraseur autour des parties qu'il voulait sectionner, la serrait et remettait le manche de l'écraseur ainsi placé à un externe. Lorsque les six malades étaient ainsi disposés, mis en batterie face au public, à un signal donné par l'interne, chacun des externes devait serrer un cran de l'écraseur et un seul. Chaque minute l'interne donnait de nouveau le signal et au bout de sept à huit minutes la section était faite sans effusion de sang. Mais il ne fallait pas aller plus vite, et pendant que cette manœuvre s'accomplissait, Chassaignac parlant au public, insistait sévèrement sur ce fait qu'en serrant l'écraseur plus rapidement on s'exposait à provoquer des hémorragies.

Un jour la séance était commencée et le déclic des écraseurs se poursuivait régulièrement de minute en minute, lorsque tout d'un coup, pendant que Chassaignac parlait, on entendit un, deux,

trois, quatre déclics se succédant sans interruption. Chassaignac se retournant furieux s'élança sur les externes. Chacun d'eux n'avait serré qu'un cran, on n'y comprit rien. Une minute après, même succession de bruits, même scène de Chassaignac, consternation des externes. La séance fut suspendue et on envoya réparer tous les écraseurs. C'était Saint-Germain qui derrière la porte entr'ouverte imitait avec une telle perfection le bruit de l'instrument, qu'il avait trompé tout le monde. Il ne s'en vanta que plus tard.

A la suite de quatre années d'internat vraiment gaies, Saint-Germain se présenta au concours des prix de l'internat et, à la stupéfaction générale, je dois le dire, obtint sans la moindre difficulté la médaille d'argent. C'est que Saint-Germain avait une base d'études très solide ; il écrivait bien, parlait facilement, il avait une mémoire énorme et de plus possédait une faculté d'assimilation réellement merveilleuse. Ces dons naturels qui lui permirent de poursuivre une carrière brillante sans fournir un grand effort compensaient son peu d'amour pour un travail persévérant et assidu.

En 1861, l'internat terminé, Saint-Germain passa sa thèse de doctorat et peu de temps après se maria.

Une existence relativement difficile allait commencer, car les ressources du jeune ménage étaient petites, la clientèle ne commençait même pas à se dessiner, et il fallait vivre et préparer le concours du Bureau Central.

Heureusement Saint-Germain avait plu à Maisonneuve, qui le prenait comme secrétaire aux appointements de 50 francs par mois. Bien que ces appointements ne fussent point considérables, cette place fut extrêmement utile à Saint-Germain, d'une part parce qu'obligé d'être tous les matins à sept heures et demie chez Maisonneuve, il le suivait à son service et profitait de sa visite, d'autre part parce que Maisonneuve le prenait comme aide toutes les fois qu'il opérait en ville. Toute sa vie il en resta reconnaissant à Maisonneuve.

Mais la bonne humeur entraînante de notre maître, sa gaieté franche et droite attirait à lui, et déjà un tout petit noyau de clientèle lui permettait de vivre. Le point noir à ce moment était la préparation du concours du Bureau Central.

Lui qui jusque-là était arrivé en se jouant à l'internat, qui avait obtenu sans travail la médaille d'argent des prix de l'internat, devait subir quelques échecs au concours des hôpitaux. Alors le travail lui paraissait plus pénible que jadis, alors les exigences de sa petite clientèle, de son service auprès de

Maisonneuve, le distrayait du travail de cabinet; il n'y avait plus d'ardeur, il le faisait sans aucun entrain.

Comme il avait été servi dans son enfance par la sollicitude d'un père veillant sur ses études, il le fut de même par la tendre affection de sa jeune femme qui, croyant en son mari, en sa valeur, en son intelligence, voulut qu'il réussît et qu'il fût chirurgien d'hôpital.

Pendant toute cette période, Mme de Saint-Germain présida au travail de son mari. On se levait ensemble à quatre heures du matin comme autrefois, et Mme de Saint-Germain, auditeur infatigable, écoutait les questions que lui exposait son mari, le poussait à les préparer, savait lui apporter les documents nécessaires, et faire les recherches qui lui évitaient des pertes de temps. Elle savait éloigner les invitations préjudiciables au travail et ne retenait dans leur intérieur que les concurrents amis animés d'un même désir, celui d'arriver. Au nombre de ceux-ci, je dois citer Tarnier, l'ami dévoué qui fut toujours utile à Saint-Germain, qui toujours l'entraîna au travail.

Au cours de cette préparation, où le travail consiste le matin à parcourir les différents hôpitaux en quête de malades à examiner, Saint-Germain et Tarnier allaient ensemble, et leur couple fort disparate étonnait. L'un était très grand et très maigre, d'aspect froid et réservé, d'esprit vif et mordant; l'autre ayant déjà un léger embonpoint, de taille peu élevée, était exubérant de santé et de joie. Tous deux, appréciés et aimés de tous, recevaient partout le plus sympathique accueil et leur arrivée dans les services faisait le bonheur de chacun.

Malgré leur intelligence, malgré leur travail, Tarnier et Saint-Germain connurent les échecs. Tarnier n'arriva qu'à son quatrième concours et Saint-Germain à son cinquième.

Ces revers n'attristaient point Saint-Germain. Lorsqu'il rentrait chez lui le soir d'une épreuve où le sort ne l'avait pas favorisé, un geste de convention avertissait sa femme qui l'attendait au balcon, du mauvais résultat. Dès le coin de la rue où il apparaissait, élevant le bras et renversant brusquement la main il indiquait « le plongeon », comme il disait, auquel il n'avait su se soustraire. Mme de Saint-Germain était prévenue et, triste, attendait de plus amples détails. Mais lui, ayant déjà repris son entrain et sa verve, relevait les courages et égayait la soirée en racontant les épisodes de l'épreuve sans la moindre amertume, avec l'animation et l'esprit qu'il savait toujours dépenser sans compter.

Je veux vous rappeler la cinquième épreuve de son second concours. Il était sur le point d'être nommé. Ses épreuves de début

avaient été bonnes et il était au premier rang lorsqu'arriva l'avant-dernière épreuve clinique.

Le malade qu'il avait à examiner était un tuberculeux à manifestations multiples chez lequel une tuberculose articulaire attirait surtout l'attention. Les dix minutes d'examen s'étaient écoulées et Saint-Germain, content de son diagnostic, escomptait déjà le succès. Il se lavait longuement les mains en réfléchissant à sa leçon, comme fait en pareil cas tout candidat d'expérience, lorsque son attention fut brusquement éveillée par ces mots chuchotés par l'un des juges à l'oreille d'un collègue : « Il ne l'a pas vue. » Il sursauta. Cependant le lavage des mains devait prendre fin. Saint-Germain, pressé par le commis de l'administration, s'essuyait rapidement et, tout en gagnant le réduit où il devait réfléchir se répétait : il ne l'a pas vue. Il avait examiné le malade complètement, avait vu une tumeur blanche, avait vu des ganglions cervicaux, avait ausculté le thorax et constaté des lésions pulmonaires, avait fait un interrogatoire complet. Le diagnostic était certain. Il ne l'a pas vue. Quoi? se répétait-il. Soudain il se frappa le front : il n'avait pas regardé l'anus. Ce devait être une fistule à l'anus qu'il n'avait pas vue. Oui, ce ne pouvait être qu'une fistule à l'anus. Déjà on venait le chercher pour faire sa leçon. Il arrive, expose très bien, très complètement les symptômes qu'il a relevés, discute et conclut bien et sans hésiter, ajoute négligemment, en terminant : « Quant à la fistule anale dont ce malade est atteint, je ne ferai que la signaler, elle n'offre aucun intérêt. »

Le malheur voulut que cette fistule péri-anale eût longuement attiré l'attention des juges, et qu'après mûre discussion elle eût été rapportée à une carie de l'ischion. La façon rapide dont le candidat avait prétendu la traiter ne plut pas absolument au jury et ce fut encore *pollice verso* que notre maître se présenta ce soir-là.

Cependant la mauvaise chance elle-même a une fin, et bientôt, en août 1865, après un concours brillant, Saint-Germain était nommé chirurgien du Bureau Central.

Dès sa nomination aux hôpitaux, avec le grand sens pratique qu'il possédait, il comprit l'avenir des spécialisations. La première qui s'offrit à lui, l'obstétrique, le tenta ; n'avait-il pas alors pour intime Tarnier dont les conseils, les conversations, les exemples l'avaient déjà quelque peu façonné et instruit?

Aussi, ayant pu prendre le service de Cochin, il s'empressa de devenir chirurgien-adjoint de la maternité. Mais quelque effort qu'il fît, l'art des accouchements ne pouvait convenir à son tempérament. Il n'avait ni l'éducation, ni la patience, ni le sang-froid

nécessaires pour la pratique de l'obstétrique, et d'autre part son esprit ne trouvait pas satisfaction à la recherche minutieuse du mieux dans une science que l'on croyait faite.

Malgré les avantages matériels que cette situation lui donnait, il ne put s'astreindre à conserver longtemps la maternité de Cochin, et bien des fois, en rentrant chez lui, il répétait à sa femme : « Non, je ne puis me faire à ce rôle, et passer une journée chez une dame qui y met trop de mauvaise volonté et ne veut pas en finir d'accoucher. »

Il était donc décidé à quitter la maternité, mais il en était encore chirurgien en 1870 lorsque la guerre fut déclarée. Pendant toute la durée de la guerre il déploya une très grande activité. Dès l'investissement de Paris, il avait envoyé à Nantes sa femme et ses deux fils alors tout jeunes et, resté seul à Paris, il se dépensait de toute façon. Il dirigeait une ambulance installée par un de ses parents dans un hôtel de la rue de Varennes, hôtel autrefois occupé par la princesse Charlotte Bonaparte, faisait son service de Cochin, remplaçait un de ses collègues à l'hôpital du Midi et était à la tête de l'ambulance d'Ivry, établie par l'intendance militaire à l'hospice des Incurables.

La clientèle à ce moment n'existait guère, mais tout le temps de notre maître était pris par ses différents services et, lorsque le soir il arrivait à l'ambulance de la rue de Varennes, sa journée avait été bien remplie. Il avait coutume de dîner là avec son parent, M. Lerat, qui avait organisé l'ambulance, et tous les jours il s'informait de la quantité de vivres qui leur restait. Comme les provisions avaient été largement faites, c'est joyeusement qu'il examinait les boîtes de sardines, de conserves de toutes sortes restant à leur disposition et c'est joyeusement que chaque soir il y faisait une large brèche.

A la fin de la guerre et après la Commune, il fut fait chevalier de la Légion d'honneur, en octobre 1871.

Peu de temps après, en janvier 1872, il quittait la maternité de Cochin pour prendre un service de chirurgie générale à l'hôpital Saint-Antoine, mais il n'y resta que peu de temps, car à la fin de 1872, la mort de Giraldès rendit vacant le service de l'Hôpital des Enfants. Il sentit tout de suite qu'il y avait une situation de chirurgien d'enfants à créer. Cette spécialisation ébauchée par Guersant et Giraldès n'était pas encore en honneur, et Saint-Germain comprenait l'avenir qu'elle devait avoir.

D'ailleurs, il était encouragé dans cette entreprise par son maître Roger, qui lui avait voué une véritable affection du jour où il l'avait séduit par son esprit et sa verve.

C'était peu de temps après qu'il eut passé sa thèse de doctorat.

Saint-Germain, jeune médecin, était reçu dans la famille Descroizilles, et le père Descroizilles ayant fait une adaptation burlesque de la tragédie de *Caracalla* l'avait fait représenter chez lui par ses enfants et par ses amis. Saint-Germain y jouait le rôle de l'impératrice Lydie.

Le succès de notre maître transformé en impératrice avait été grand, et Roger, amusé comme un enfant, avait pris dès ce jour Saint-Germain en grande amitié, se plaisait à rire, à causer avec lui et cherchait à lui être utile de toutes façons.

Ce fut donc sur les conseils et avec le patronage de Roger que Saint-Germain entra à l'hôpital des Enfants. Il raconte dans ses cliniques que ce fut chez ce vieux maître qu'il fit sa première trachéotomie, opération qui ne fut pas brillante, et que dès ce moment il pensa à son procédé de trachéotomie rapide.

Installé à l'hôpital des Enfants en 1872, Saint-Germain y fit toute sa carrière, obtenant de réels succès, et entouré d'une très grande popularité. Il était aimé de ses malades, il était adoré de ses élèves, il faisait la joie de ses collègues de l'hôpital.

Chaque matin, il arrivait ponctuellement à 8 heures un quart à l'hôpital. La matinée commençait par un long bavardage à la salle des médecins. Cette salle où Labric, Archambault, Descroizilles, ses intimes, arrivaient tour à tour et où Bouchut ne pénétrait jamais, était pendant une bonne demi-heure le lieu où chaque jour ses collègues avaient plaisir à s'attarder, toujours charmés par la verve de leur ami.

Les internes n'avaient pas accès dans ce sanctuaire de la gaieté, et toute liberté de parole y était ainsi permise. Il est certain qu'on en usait.

Ce n'est guère que vers 9 heures moins le quart que la porte s'ouvrait, laissant passer Saint-Germain toujours accompagné d'un chien plus ou moins mâtiné. Il montait en courant l'avenue des Tilleuls pour gagner ses salles, et aussitôt la visite commençait. Puis, venaient les opérations, puis la consultation que chaque jour il faisait lui-même très assidûment, très ponctuellement.

Sa visite, sa consultation étaient entrecoupées de petites leçons cliniques toujours dites sous forme d'histoires plus ou moins plaisantes et originales. C'était le résumé de faits qui lui revenaient en mémoire et qu'il exposait simplement et gaiement; ces histoires comportaient souvent un véritable enseignement.

Bientôt, dès l'année 1875, Saint-Germain fit dans l'amphithéâtre annexé à son service des leçons cliniques sur les maladies des enfants qu'il publia en 1884. Dans ces leçons se retrouve le fond de sa pratique. Elles sont presque toutes extrêmement intéressantes; écrites dans un style charmant, elles amusent autant

qu'elles instruisent. Puis, elles témoignent de la préoccupation d'une époque encore bien voisine de nous, préoccupation qui n'est plus du tout celle que nous avons aujourd'hui : faire vite.

Élevé à l'école de Maisonneuve, Saint-Germain ne pouvait en prendre l'audace, son tempérament ne le lui permettait pas ; il en prit la manœuvre opératoire, rapide et souvent brutale qui réalisait immédiatement le résultat cherché. Car Saint-Germain était un sensible, incapable de conduire une opération dangereuse ayant une longue durée. Il fallait que le but fût immédiatement atteint. C'est là la caractéristique de tous les procédés qu'il employait, qu'il affectionnait et qu'il enseignait. La trachéotomie en un temps, l'amygdalotomie au bistouri, le redressement du pied bot, par la ténotomie suivie du « coup du malin », l'évacuation des abcès rétro-pharyngiens, etc., en sont un témoignage.

Ce sont encore les moyens rapides qui ont ses préférences pour l'anesthésie chloroformique faite en quelques secondes ; la sidération ne l'effraie point. Les appareils de fracture qu'il choisit sont ceux dont l'application se fait le plus simplement et le plus rapidement ; il emploie la gutta-percha, le feutre trempés dans l'eau chaude. Je ne saurais ici passer en revue toute sa thérapeutique chirurgicale, mais je puis affirmer que partout on retrouverait dans les procédés qu'il préconisait la même préoccupation : « faire vite ».

C'est ce qui ressort de l'étude de ses leçons cliniques. Parmi celles-ci il en est quelques-unes qui méritent d'être rappelées. A côté de celles consacrées à la trachéotomie, où il défend son procédé en un temps qu'il exécutait avec une véritable maîtrise, et qui a trouvé de nombreux et chauds partisans, à côté de celles consacrées à l'amygdalotomie, au traitement des tumeurs blanches, des abcès rétropharyngiens, etc., etc., je veux vous faire souvenir de quelques conférences qui firent la joie de son auditoire : celles ayant trait aux déformations du nez et à l'obésité.

Dans ce petit amphithéâtre de l'hôpital des Enfants situé à l'extrémité de la salle des filles, Saint-Germain parlait assis devant une table aux extrémités de laquelle ses deux internes installés prenaient des notes. L'année où il traitait des déformations nasales, par une coïncidence bizarre ces deux internes présentaient l'un une déviation du nez qui s'inclinait fortement vers la gauche, l'autre avait le type du nez dit à la Roxelane et sa pointe visait le ciel. Ainsi encadré, Saint-Germain commençait sa clinique intitulée « De la décadence du nez » de la façon suivante :

« Il faut le dire, le proclamer hautement quoique avec regret : Le nez s'en va. Le nez décroît sans même que nous connaissions la loi de cette régression et concevions par là l'espoir de l'enrayer.

« On voit bien comment l'abandon de l'allaitement maternel a pu par diminution fonctionnelle amener l'atrophie du beau type de sein pyriforme dont les marbres antiques nous conservent la reproduction peut-être idéalisée ; mais quelle cause analogue invoquer pour expliquer l'effacement graduel du nez moderne? Le secours de l'excitation physiologique ne manque pas plus à cet organe pour le tirer de l'état embryonnaire que du temps de nos pères, car il est impossible d'envisager comme une diminution de fonction l'abandon par les classes dirigeantes du tabac à priser. Cette habitude n'est qu'un épisode dans l'évolution historique d'un appendice dont les fastes les plus glorieux remontent aux temps des Grecs et des Romains, bien avant la découverte de Jean Nicot... En outre le nez se déforme; comparez la tubérosité plus ou moins accidentée que la plupart d'entre nous portent au milieu du visage avec l'organe hardiment ou gracieusement modelé que nous trouvons dans les chefs-d'œuvre de la statuaire grecque (quand le temps l'a respecté, ce qui est rare), et après inscrivez-vous en faux si vous l'osez contre l'affirmation pessimiste par laquelle nous avons débuté : le nez s'en va. »

Ainsi commence cette conférence dans laquelle il étudie très sérieusement, très complètement les déviations, les ensellures, les déformations quelles qu'elles soient dans leur rapport avec la respiration, la phonation, l'esthétique, etc., donnant toujours avec la même verve, la caractéristique des lésions, leur diagnostic, le moyen qu'il juge le meilleur pour les combattre. Partout se retrouve le même entrain, le même esprit, et toujours à côté des conseils les plus judicieux, les plus pratiques, se placent des anecdotes qui amusent et gravent dans la mémoire par une boutade originale, le fait important que le maître veut enseigner.

Le succès de sa leçon sur l'obésité fut aussi très grand ; c'est sa propre histoire qu'il raconte en l'attribuant à son meilleur ami.

Il faut lire cette leçon où tout d'abord il défend ses confrères en obésité et ne veut réellement pas laisser malmener les obèses. « On nous représente, dit-il, l'obèse comme un être lourd, flegmatique, vorace, buveur surtout, quelquefois buveur d'eau mais toujours avec excès. L'homme est peu porté aux plaisirs de l'amour, la femme est inféconde, leur température extérieure est peu élevée. Devant cette description qui conviendrait aussi à un goitreux ou à un crétin, on est tenté d'évoquer les morts illustres qui furent obèses et de leur faire plaider la cause de la confrérie. C'était un obèse cet Epaminondas que trois hommes ne pouvaient étreindre avec leurs bras. « Je laisse deux filles, Leuctres et Mantinée », disait cet homme unique en mourant victorieux. Peut-être dut-il à son obésité de n'avoir pu engendrer d'autre postérité

que des victoires. Guillaume le Conquérant était un obèse, ce qui ne l'empêcha pas de *gaigner* un royaume avant de mourir de l'érysipèle gangreneux auquel son obésité lui donnait bien droit.

« Notre siècle a connu des obèses illustres ou distingués : le roi Louis XVIII, le romancier Balzac, les critiques Gustave Planche et Jules Janin. »

Après cette lance brisée en faveur des obèses, Saint-Germain convient cependant que c'est là une infirmité bien gênante et il nous apprend comment il s'y prit pour maigrir

Le traitement fut divisé en deux parties : le régime d'une part, et l'exercice forcé de l'autre. Mais quel exercice forcé! Deux heures de course à cheval, une heure d'escrime, une heure de marche, indépendamment de toutes les obligations professionnelles — service d'hôpital — visites, etc. Lisez cette leçon, vous verrez avec quelle énergie et quelle bonne humeur notre maître dirigea son traitement.

En fin de compte il atteignit son but : il avait maigri.

« Mais alors il constata un revers à la médaille. D'une gaieté exubérante avant son traitement, notre ami a vu petit à petit cette disposition se transformer en une sérénité quelque peu flegmatique. Il en est résulté un changement qui a été remarqué par ses amis et auquel ils ont donné trop vite le titre de tristesse et de mélancolie. Il n'en est cependant rien. Il apprécie beaucoup moins qu'autrefois le genre badin et lui préfère l'étude sérieuse. Si ses amis beaucoup trop indulgents pour sa gaieté passée disent avoir à se plaindre, il trouve, lui, qu'il a personnellement gagné à cette métamorphose. »

Ce n'est cependant pas la lecture des cliniques de de Saint-Germain que je veux vous faire ici. Si j'ai transcrit ce dernier passage, c'est qu'il a trait à sa vie et à un épisode qui occupa et même préoccupa beaucoup notre ancien président.

Avec ses leçons sur « la chirurgie des enfants », où, sous une forme toujours amusante, Saint-Germain donne les indications pratiques les plus utiles en clinique infantile, son livre sur la chirurgie orthopédique représente la plus grosse partie de son œuvre écrite.

Mais ce n'est pas là ce qu'il fit de mieux; son œuvre utile, capitale, celle à laquelle son nom restera attaché, c'est d'avoir fait comprendre l'importance de l'orthopédie. Il voulut que l'orthopédie devînt scientifique, et il s'employa de toute façon à obtenir ce résultat.

Lorsque notre maître fut nommé chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, l'orthopédie n'était pas encore franchement ce

qu'elle est aujourd'hui ; elle avait été longtemps abandonnée par les chirurgiens. N'importe qui s'en occupait, et le grand rôle de Saint-Germain a été d'accélérer le mouvement qui rattacha cette partie de la chirurgie à la science sérieuse, contrôlée, officielle. Il la retira des mains des fabricants d'appareils, de lits mécaniques, des gymnastes, des empiriques plus ou moins autorisés, ou des médecins qui la connaissaient pratiquement bien (cela est dit pour quelques-uns), mais dont l'instruction générale et chirurgicale était insuffisante pour la faire progresser ou pour l'enseigner.

Saint-Germain prit l'orthopédie pour lui ; chirurgien de l'hôpital des Enfants, il l'y cultiva, l'y développa, puis il nous la légua à nous, chirurgiens des hôpitaux.

Certes, depuis Delpech, tous les chirurgiens du siècle dernier s'étaient occupés plus ou moins d'orthopédie. Mais c'était accidentellement : pour parer aux mauvais résultats d'une coxalgie guérie dans une attitude vicieuse, pour corriger la déviation d'une fracture mal consolidée, pour établir un diagnostic entre le mal de Pott et la scoliose, etc., etc. La preuve de ce que j'avance est que les noms qui se rattachent à l'orthopédie proprement dite avant 1873 sont, en France, ceux de Humbert et Jacquier, de Jalade-Lafont, de Jules Guérin, de Pravaz, de Vincent Duval, et, par hasard, celui de Bouvier, appartenant, accidentellement et comme médecin, au corps des hôpitaux.

Saint-Germain, lorsqu'il devint chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, comprit l'erreur de ceux qui l'avaient précédé dans ce service de chirurgie des enfants : de Baffos, qui, comme il disait, aurait pu prendre pour devise : « *Abhorret a sanguine*, et aurait été digne d'être le père de la chirurgie conservatrice, si cette dernière n'était encore trop chirurgicale » ; de Guersant, de Giraldès, tous deux chirurgiens remarquables, le premier par son habileté opératoire, le second par sa grande érudition, mais qui restèrent aussi indifférents que Baffos aux progrès de l'orthopédie. Il voulut réagir contre cet abandon et s'y employa activement dans son service et dans ses leçons.

Voici du reste comment il s'exprime à ce sujet :

« Il faut, pour vaincre l'inertie professionnelle à l'égard de l'orthopédie, que des découvertes nouvelles, l'engouement public et l'influence de la mode (que le corps médical devrait régler au lieu d'en subir les influences) viennent créer de temps en temps ce que nos voisins d'Amérique appellent, dans les choses religieuses, un *revival*. Et encore il est à remarquer, dans ces circonstances, que c'est l'opinion publique qui commande et le corps médical qui résiste. Aussi le progrès, au lieu de se réaliser organiquement, normalement, par ses ministres naturels, les membres

du corps enseignant et ceux du corps des hôpitaux, ne s'installe que précairement, subrepticement en quelque sorte, à côté d'eux, par des capacités sans mandat, jusqu'au jour où le progrès, définitivement accepté, devient un domaine régulier, duquel on expulse soigneusement les ouvriers de la première heure, à moins qu'ils ne fassent la sourde oreille comme Duval, qui trouva moyen de mourir à son poste. »

A l'appui de ces lignes qui pourraient être appliquées à bien des spécialités, Saint-Germain rapporte que le premier service d'orthopédie fut un service extraordinaire de douze lits, confié à Jules Guérin et créé pour lui. Que la consultation orthopédique du Bureau Central, où venaient affluer de toutes parts les différents cas de difformités, avait été confiée à Vincent Duval, service qu'il occupa jusqu'à sa mort, en 1876.

Saint-Germain voulut que l'orthopédie fût l'apanage du service de chirurgie de l'hôpital des Enfants. Par l'attention qu'il apporta au traitement des difformités, par ses leçons consacrées aux malformations, il attira dans son service beaucoup de malades. Puis, lorsque Vincent Duval mourut, il demanda et obtint la consultation du Bureau Central. Ainsi se trouvèrent concentrés dans la même main le service et la consultation des maladies orthopédiques.

Avec le progrès, son service s'est métamorphosé; avec le progrès, une chaire de clinique y a été créée et un enseignement orthopédique, que tout le monde pourrait nous envier, y a été institué. Là où Saint-Germain, avec son intuition naturelle, avait essayé d'établir une sorte de gymnastique pour lutter contre la scoliose, sont aujourd'hui installées des salles de massage et d'électrisation. Des appareils de gymnastique de toutes sortes, sont à la disposition de gens expérimentés pour faire travailler les muscles atrophiés ou insuffisants, pour leur rendre leur force et rétablir leur rôle dans la statique du corps. Il serait heureux et surpris, notre maître, qui, séduit par les manœuvres de Dubreuil, de Marseille, essayait dans ces mêmes salles de corriger lui-même les scolioses en faisant coucher les enfants sur ses genoux, en les faisant se courber, se redresser, pour renforcer leurs muscles défaillants, de voir cette gymnastique qu'il fut l'un des premiers à préconiser, être en si grande faveur aujourd'hui.

Il serait heureux aussi de voir qu'avec le progrès, des services nouveaux de chirurgie infantile et d'orthopédie se sont créés, il serait certain que désormais les chirurgiens des hôpitaux n'abandonneront jamais ce qu'il a, le premier, obtenu en leur nom, ce qu'il leur a légué. C'est pourquoi les malades et nous nous lui devrons toujours une véritable reconnaissance.

Ce n'est pas, Messieurs, l'esprit de corps qui me fait ainsi parler. Esprit de corps dont je suis profondément imprégné d'ailleurs, mais qui devient dangereux lorsqu'il s'agit de porter un jugement. C'est ici ma conviction que j'exprime en disant qu'il était nécessaire de voir le corps des chirurgiens des hôpitaux, qui exerce la pratique régulière de la chirurgie, prendre en orthopédie, comme en tout, la tête du mouvement au lieu de le suivre. Ce fut l'opinion de Saint-Germain, il la fit prévaloir.

Ce n'était pas l'esprit de corps non plus qui inspirait notre ancien président lorsque, parlant de Jules Guérin, il écrivait ces lignes : « En un mot, il fonda avec le plus grand éclat l'Ecole orthopédique de l'hôpital des Enfants-Malades : on le récompensa de ses services en le congédiant en 1848. »

Lorsque Saint-Germain installa dans ses salles les malades, que l'on avait enlevés autrefois à Jules Guérin lorsqu'il demanda et obtint les consultations orthopédiques, il ne faisait que reconnaître l'erreur de ses précédesseurs et essayer d'y remédier en réclamant tardivement un service que ceux-ci avaient dédaigné. Mais avec sa franchise naturelle, il reconnaissait parfaitement que les ouvriers de la première heure n'avaient guère bénéficié de leurs peines, et tout en s'employant de toutes ses forces à l'œuvre utile qu'il a réalisée, il ne cessait de proclamer, comme je le fais à sa suite, le courage, l'initiative et les grands exemples de ténacité donnés par Jules Guérin, Vincent Duval et Bouvier.

De tous les articles publiés dans les journaux de médecine, je ne saurais ici vous parler, la liste en est longue. Je veux cependant faire exception pour quelques pages parues dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*.

Ce n'est pas en raison de sa valeur scientifique que je rapporterai ce document, mais son originalité ne vous laissera pas indifférents, je pense. En 1887, Auguste Ollivier, cet homme sérieux, érudit et sage, que vous avez tous connu, faisait partie du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Ollivier, grand, maigre, sec, de teint légèrement bistré, ne parlait qu'après mûre réflexion, prudemment, toujours sérieusement et d'un air ennuyé; il faisait avec notre maître le plus parfait contraste. Ollivier avait donc fait, devant le Conseil d'hygiène, un rapport complet, substantiel, détaillé et documenté, et avait préconisé divers moyens de prophylaxie de la rage. C'est à propos de ce rapport que Saint-Germain publia une lettre intitulée : « De la prophylaxie de la rage à propos de la rage chez les enfants ». Dans cette lettre, il propose à Ollivier un moyen de prophylaxie vraiment original et nouveau.

Se basant sur l'assertion autorisée de Leblanc, membre de l'Académie de médecine dans la section vétérinaire, qui déclarait n'avoir jamais observé, dans sa longue carrière, de chienne enragée spontanément, Saint-Germain, après mûre réflexion, arriva à cette conclusion : « Le chien mâle enrage seul spontanément, et, s'il enrage, c'est qu'il ne peut satisfaire à l'impérieuse loi d'amour que lui dicte la nature en vue de sa reproduction. »

Il déplore cette continence forcée imposée par un maître barbare, dont le rigorisme n'est pas sans mélange d'une certaine jalousie, d'ordre purement platonique, il est vrai.

Alors il s'écrie : « Quelle déduction en pouvons-nous, en devons-nous tirer pour l'extinction de la rage? — La conservation unique des chiennes et la nécessité de la castration des chiens.

« Je sais bien, nous dit-il, que je vais provoquer un tolle général par cette proposition. Mais en quoi est-elle déraisonnable? On évitera un danger considérable, et grâce à des haras où des étalons seront entretenus, on conservera les races les plus pures.

« Il n'y aurait qu'un inconvénient, ce serait si le chien châtré perdait son intelligence ou sa vigueur. Or, il n'en est rien. »

Ecoutez l'observation suivante :

« Je possédais en 1872 un très beau caniche blanc âgé de dix-neuf mois. Ce chien, d'une intelligence remarquable, était en même temps doué d'une lascivité égale. Dans un état d'éréthisme perpétuel, il exhibait à tout moment les attributs d'une virilité conquérante, et son aspect, humiliant pour la vieillesse, suggestif pour l'âge viril, était plein d'enseignements funestes pour l'enfance, sans parler d'autres périls plus sérieux encore dans cet âge si tendre, car le besoin d'aimer était si développé chez ce chien, que, je regrette de le dire, tout lui était bon.

« Je le surpris un jour, à l'issue de mon service, s'exerçant ou plutôt s'escrimant sur un jeune enfant de cinq ans qui... méditait au pied d'une muraille et que son attitude, aussi bien que son pantalon fendu, protégeait mal contre une aggression *praeter naturam*.

« Aucune justice humaine n'égala jamais dans la répression de tels excès, la sévérité de l'arrêt que je rendis et exécutai dans la plénitude du pouvoir discrétionnaire que la loi Grammont a encore respecté, à cet égard, de l'homme sur la bête. Séance tenante, je le castrai, à l'hôpital, avec le concours de mes internes.

« L'animal guérit rapidement. Huit jours après, il put sortir de l'hôpital.

« Une expérience restait à faire. Mon Abélard n'aurait-il pas, après ses malheurs, conservé un entraînement au moins intellectuel pour Héloïse? « ... Une lycisque orgoose », comme dit Rabelais, ou chienne en chaleur, comme nous disons, se chargea

d'administrer la preuve du contraire. Mon chien ne la cherchant pas, elle fit de fortes avances à mon chien, qui la considéra, flaira... leva la patte, et ce fut tout. Jamais plus il ne s'inquiéta des chiennes, tout en conservant son intelligence qui, je l'ai dit, était remarquable. »

L'argument parut, à Saint-Germain, sans réplique, le remède prophylactique trouvé, aussi s'empressa-t-il de proposer à Ollivier de faire appel aux pouvoirs publics pour les inviter à édicter, promulguer, faire exécuter par toute voie de contrainte la disposition suivante :

Article unique. — Il est défendu à tout citoyen français de garder un chien mâle, d'utilité ou d'agrément, qui ne soit dûment castré.

Ollivier ne répondit pas à cette invitation.

Toute la période qui s'étend de 1872, époque où Saint-Germain devint chirurgien de l'hôpital des Enfants, à 1891, fut une période de grand succès. Saint-Germain était le chirurgien que l'on appelait pour faire la trachéotomie dans le croup, pour enlever les amygdales, celui que tout le monde consultait pour un cas d'orthopédie. Il eut alors une grande renommée et une grande satisfaction de son succès. En même temps il était heureux des avantages matériels que sa situation lui procurait, car ses débuts avaient été durs. Saint-Germain avait connu les soucis du lendemain, et, à mesure que sa situation s'augmentait, il était heureux que les temps passés ne fussent plus qu'à l'état de souvenir.

Il était entré à la Société de chirurgie comme titulaire, peu de temps après sa nomination au Bureau Central en 1867. Il y fit de nombreuses communications toujours spirituelles et amusantes et fut nommé secrétaire général en 1878. C'est alors qu'il fit les éloges remarqués de Dolbeau, de Demarquay et de Bouvier. Dans ce dernier éloge se trouvent analysés avec un soin scrupuleux tous les travaux de ce médecin, et c'est après avoir fait cet éloge qu'il se consacra de plus en plus à l'orthopédie. En 1881, il devint le président de notre Compagnie.

Pendant toute cette phase de bonheur et de réussite, Saint-Germain était comme toujours et plus que jamais le gai vivant que vous avez connu, le boute-en-train de toutes les réunions.

Je me rappellerai toujours le discours qu'il nous fit comme président de la Société des chirurgiens des hôpitaux, lorsque je fus nommé au Bureau Central. Il présidait le dîner où les nouveaux élus sont reçus par leurs anciens, et dès le potage il commença par déclarer que les discours imposés par l'usage seraient faits immédiatement afin que les nouveaux qui devaient prendre la parole ne fussent point taciturnes, ennuyés et préoccupés pen-

dant tout le repas, et, donnant l'exemple, il nous souhaita aussitôt la bienvenue en... anglais ou pour mieux dire en pseudo-anglais. C'était une série de phrases françaises prononcées comme par un Anglais et se terminant par des mots anglais sans aucune signification. Il y eut un fou rire général, qui, sans cesse alimenté par de nouvelles histoires, ne se termina que tard dans la soirée.

Cette gaîté de notre ancien président, toute naturelle qu'elle fût, n'était cependant point constante. Pour se manifester, il lui fallait une occasion, une rencontre, une réunion, un dîner. Chez lui, dans son intérieur, Saint-Germain n'avait plus cette gaîté exubérante, il ne s'occupait que de ses travaux, de ses affaires, de ses intérêts, et loin de voir l'avenir avec des tendances optimistes, il était au contraire sans cesse préoccupé des événements qu'il ne prévoyait point sans danger pour les bourgeois comme lui.

Cependant tout, autour de lui, conspirait à lui donner le bonheur; son fils aîné, Louis de Saint-Germain, arrivait très facilement à l'internat; son second fils, Pierre, sorti de l'École de Bordeaux, devenait rapidement médecin de la marine, s'embarquait pour Nouméa, d'où il envoyait des lettres pleines d'entrain et de gaîté, et sa fille toute jeune encore réjouissait la maison par son charme et son esprit.

Cette ère de bonheur devait bientôt prendre fin. Déjà, dans les années 1892 et 1893, notre maître n'était plus le même. Pour lui, son service, sa clientèle n'étaient plus tout, comme par le passé; il songeait à se distraire, et il faisait quelques voyages, lui, ce Parisien enragé, qui naguère considérait comme un grand déplacement d'aller à Versailles! Ce fut bien pis quand, en 1894, l'expédition de Madagascar fut décidée. Son fils Pierre, revenu de Nouméa, n'avait qu'une idée : partir pour Madagascar. Saint-Germain, qui craignait pour son fils, par une sorte de pressentiment, les aléas, les dangers de cette expédition, sentait bien qu'il ne devait pas lui apporter d'entraves, sentait bien que son rôle n'était pas de modérer l'élan et l'enthousiasme du jeune homme. Il le laissa partir, mais non sans une terrible angoisse.

Dès ce moment, son caractère changea. Ses occupations ordinaires devinrent pour lui une charge pesante. Aussi bien sa situation s'était modifiée, elle aussi. Il n'était plus à la tête de la chirurgie infantile et, les progrès de l'antisepsie aidant, une foule de rivaux s'élevaient tous les jours plus nombreux à ses côtés. Il était sombre, taciturne dans son intérieur, et si quelques rares rencontres d'amis ou d'élèves le tiraient parfois de sa tristesse, ce n'était guère que pour quelques instants.

Le 18 septembre 1895, la nouvelle de la mort de son fils Pierre arriva à Paris.

A partir de ce jour, comme le dit son ami Mauriac, l'agonie morale et physique de Saint-Germain commença.

Sa tristesse devint de plus en plus sombre. Il fuyait tout le monde, ne trouvant plus aucune distraction, avec ses amis, avec les siens. Bientôt les progrès d'une maladie de foie, latente jusque-là, vinrent ajouter les tourments de la souffrance physique aux tortures morales. On alla à Vichy. On alla dans le Midi. Mme de Saint-Germain s'ingéniait à trouver un adoucissement soit à la continuité de ses souffrances, soit à l'amertume de ses pensées.

Rien n'y fit. Il essaya, poussé par sa femme, d'écrire l'histoire de sa vie, écrivit une dizaine de pages dont j'extrais les quelques lignes suivantes : « Si j'éprouve le besoin de faire part à quelqu'un de l'histoire de ma vie, que ce quelqu'un sache bien que ce que j'en fais est uniquement pour me soustraire à ce mal inexorable qu'on appelle l'ennui. » Messieurs, c'est de Saint-Germain qui a écrit cela !

Mais bien vite l'entreprise fut abandonnée. Il ne voulait plus souffrir, il ne voulait plus penser. Et c'est avec le chloroforme, dans l'ivresse que lui procuraient ses vapeurs, que, pendant des mois, il essaya d'anéantir sa pensée.

Peu à peu ses forces diminuèrent, le mal continua sa marche et, malgré les efforts de ses amis, malgré les soins de son entourage, il s'éteignit le 23 mars 1897.

Telle fut, messieurs, la vie de notre ancien président, vie de joie et de bonheur qui aboutit sans transition aucune à un lugubre désespoir. Il était fait pour vivre dans un continuel éclat de rire. Dès qu'il cessa de rire, il mourut.

S'il m'était permis de porter aujourd'hui un jugement sur le rôle de mon ancien maître je le formulerais ainsi :

Saint-Germain a heureusement modifié, complété, élargi le service de chirurgie des Enfants ; il a bien mérité du corps des chirurgiens des hôpitaux en amenant entre leurs mains la chirurgie orthopédique, et parmi nous tous il a laissé le plus joyeux souvenir.

Ses travaux ne lui survivront pas, déjà ils sont oubliés. Mais si, par un juste regard en arrière, on cherche ce qui reste des chirurgiens les plus fameux d'autrefois, de ceux qui ont le plus illustré notre art, on voit avec surprise qu'à quelques rares exceptions près l'œuvre ne survit pas à son auteur.

Et l'on se prend à penser qu'à l'heure où il ne reste plus rien de nous que le souvenir, il n'est pas trop à plaindre l'homme qui, après une vie de succès et de bonheur, laisse un souvenir aimable et gai dans le cœur de tous ceux qui l'ont approché.

PRIX DÉCERNÉS EN 1906

(Séance du 23 janvier 1907.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. le Dr Chevassu, ancien interne des hôpitaux, pour son travail intitulé : *Des tumeurs du testicule.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix n'est pas décerné, une mention honorable et une allocation de 600 francs sont accordées à M. le Dr Maurice Patel, pour son travail intitulé : *Sigmoïdites et périsigmoïdites.*

PRIX A DÉCERNER EN 1907

(Séance annuelle de janvier 1908).

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1907.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil (400 francs). — Prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — Le sujet proposé est : *Traitement de l'obstruction des voies biliaires.*

Les manuscrits, comme pour le prix Laborie, doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Gerdy, bisannuel (4.000 francs). — Le sujet proposé est : *Des abcès sous-phréniques.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe, reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1907.

PRIX A DÉCERNER EN 1908

(Séance annuelle de janvier 1909).

Prix Marjolin-Duval (300 francs), à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1908.

Prix Laborie (1.200 francs), à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil (400 francs), destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1908.

Le secrétaire général.

Nélaton.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1907

Présidence de M. Segond.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. Kirmisson dépose sur le bureau de la Société une observation de M. le Dr Ardouin, intitulée: *Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic.* — Renvoyé à une commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

Lettres de remerciements, MM. Barnsby et Bonnet, nommés membres correspondants nationaux.

M. Delagenière (du Mans) adresse à la Société le mémoire ci-après, dont il est donné lecture.

Allocution de M. Quénu, président.

Mes chers collègues,

Vous m'avez jugé digne de présider à vos travaux et de diriger vos discussions pendant la période annuelle qui va s'ouvrir. Je sens trop vivement le grand honneur que vous m'avez fait pour

ne pas vous en témoigner de suite avec joie ma très vive et très profonde gratitude. Que la période qui va s'ouvrir soit digne de ses aînées, que les Bulletins de 1907 soient aussi riches en documents et en critiques que leurs devanciers, tels sont les vœux que je formule avec confiance. J'ose y ajouter un vœu plus personnel, c'est que, pour me faciliter ma tâche, vous apportiez autant de bonne volonté attentive à écouter les communications de vos collègues que je mettrai de zèle à diriger vos débats.

Allocution de M. Félizet, secrétaire général.

Monsieur le président,
Mes chers collègues,

Vous m'avez surpris. Vous m'avez comblé.

Ma carrière d'hôpital était parcourue.

Après une journée bien remplie, j'avais vu venir le soir et je rentrais, le cœur serré par une émotion très nouvelle.

Ce n'était pas la mélancolie de la nuit qui tombe. Ce n'était pas l'impression de cette lassitude, qui, après les travaux du jour, laisse, à côté du corps fatigué, l'âme allégée et comme joyeuse.

C'était une douleur aiguë, gravative, profonde, accablante, — la souffrance d'un arrachement, — la rupture définitive de ce qui fut notre vie et notre raison de vivre, — la mort de ce qu'on a passionnément aimé, — l'horreur de se survivre après un jour qui serait sans lendemain...

C'était aussi, c'était surtout, l'arrière-pensée qu'après plus de quarante années d'activité hospitalière, on va résigner la tâche et devenir un inutile!

Un inutile!...

C'est alors, mes chers collègues, que vos voix sont venues spontanément à moi pour me dire que ce n'était pas tout à fait fini avec la Chirurgie et que je pourrais servir encore.

C'est ce que je m'efforcerai de faire ici, grâce à vous, en suivant de mon mieux les traditions et l'exemple de ceux qui m'ont précédé à cette place, pour l'Honneur et le Bien de la Société.

Je vous remercie de tout mon cœur!

Lecture.

Un cas de cholécystentérostomie en Y. Guérison,

par M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans),

Chirurgien de la Maison de santé, de l'Asile des aliénés et des Hôpitaux.

La cholécystentérostomie en Y est une opération encore nouvelle et dont les observations sont très rares. Malgré des recherches bibliographiques patientes que nous avons faites, nous n'avons pu découvrir que trois faits, deux appartenant à Monprofit d'Angers et un à Moynihan de Leeds. D'après ce dernier auteur, ce seraient Mickulicz et Maragliano qui auraient eu les premiers l'idée de garantir les voies biliaires du passage des matières alimentaires dans la cholécystentérostomie en anastomosant l'intestin à lui-même au-dessous de l'anastomose. Moynihan dans son livre, sur le traitement chirurgical des calculs biliaires, mentionne un cas de sa pratique où il pratiqua une anastomose en Y. L'observation n'est pas rapportée, mais l'auteur publie un schéma de l'opération qu'il pratiqua et sur lequel on peut se rendre compte de la façon dont l'opération fut exécutée. On voit ainsi qu'il fit une anastomose termino-latérale du bout distal de l'intestin dans la vésicule (1).

Monprofit en 1904 proposa d'appliquer à la cholécystentérostomie le procédé en Y dont il est très partisan pour la gastro-entérostomie. Quelques mois plus tard il publia une observation. L'opération pratiquée pour un cancer du pancrés fut suivie de mort le dixième jour après l'opération. Nous tenons de lui qu'il a pratiqué depuis l'opération avec succès (2).

Nous venons d'avoir l'occasion de faire l'opération chez une malade qui avait subi antérieurement une gastrectomie sub-totale pour cancer par le procédé de Billroth, deuxième manière, et qui présentait une récidive dans le duodénum ayant amené une occlusion des voies biliaires principales. Il y avait donc chez cette malade une double indication de tenter cette nouvelle opération : la première, de s'éloigner suffisamment du duodénum déjà envahi par le néoplasme ; la deuxième, d'éviter le passage des aliments dans les voies biliaires, les aliments chez cette malade passant directement de l'œsophage dans l'intestin puisqu'elle n'avait plus

(1) Moynihan, *Gall stones and their surgical treatment*. London 1905, p. 416.

(2) Montprofit, voir : La cholécystentérostomie en Y. *Arch. Prov. de chir.*, 1904, pp. 380-383, et une opération de cholécystentérostomie en Y. *Arch. Prov. de chir.*, 1904, pp. 449-454.

d'estomac. L'opération ne présenta aucune difficulté au point de vue de l'exécution, et parut même présenter sur les autres méthodes d'anastomoses quelques avantages sur lesquels nous avons l'intention d'insister dans un travail ultérieur.

Observation (1). — *Cancer du pylore généralisé. Gastrectomie sub-totale. Survie de trois ans. Récidive dans le duodenum et la tête du pancréas. Rétention biliaire. Cholecystenterostomie en Y. Guérison.*

La nommée M..., âgée de quarante-trois ans, demeurant à Marigné, m'est adressée à la Clinique pour un cancer de l'estomac par les Drs Goutard (du Mans) et Éstrabaud (d'Ecommoy).

Cette malade nous apprend que son père est mort d'un cancer de l'intestin, mais que sa mère est bien portante. Elle n'a jamais été malade, et a même joui d'une excellente santé jusqu'à ces dernières années. Depuis dix-huit mois environ, elle s'aperçoit qu'elle digère moins bien, qu'elle perd l'appétit et ses forces. Elle consulte à diverses reprises, et toujours on la traite comme dyspeptique en variant ses régimes et en la mettant au régime lacté pendant des périodes prolongées, parfois pendant plusieurs mois. Il y a huit mois, elle a une première hématémèse et rend une demi-cuvette de sang noir, marc de café. Depuis, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents et se répètent presque tous les jours. Elle commence à maigrir depuis six mois et perd de plus en plus ses forces. A ce moment, le diagnostic de cancer de l'estomac est porté, mais il n'est pas question de recourir à la chirurgie. D'ailleurs on ne trouvait pas encore la tumeur, d'après les dires de la malade. Ce n'est que deux mois plus tard, c'est-à-dire il y a quatre mois, que la tumeur est sentie par la malade elle-même. Elle ne s'en préoccupe pas d'abord, mais bientôt son amaigrissement devient considérable, et les vomissements de plus en plus fréquents.

Etat à l'entrée. — La malade est arrivée à la dernière période de la cachexie. Elle est amaigrie, émaciée, se tient à peine debout. Elle ne présente rien au cœur ni aux poumons; dans ses urines on trouve des traces d'albumine. Elle présente un peu d'œdème autour des malléoles.

Localement, on aperçoit, au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur qui soulève la paroi abdominale. Cette tumeur semble avoir le volume du poing, elle s'abaisse avec les mouvements du diaphragme, elle est mobile sous la paroi abdominale. A la palpation elle est dure, rénitente; en la saisissant avec la main on la déplace latéralement avec la plus grande facilité.

Préparation de la malade. — On lui fait pendant deux jours matin et soir un lavage de l'estomac et on lui fait deux injections de sérum par vingt-quatre heures. En outre, on lui fait prendre toutes les quatre heures un lavement alimentaire ou 400 grammes de sérum.

Opération le 1er août 1903. — Sont présents : MM. les Drs Goutard,

(1) Nos 5027 et 6800 de la statistique générale.

Meyer, Tréhet. Je fais une incision médiane sus-ombilicale de 8 centimètres et ouvre la séreuse. La tumeur apparaît; elle a le volume du poing, occupe le pylore et la région pré-pylorique. Elle est lisse, mobile sur les parties profondes. L'infiltration se prolonge sur l'estomac, jusqu'à la grosse tubérosité. Tous les ganglions de la petite courbure sont envahis. Du côté du pylore l'infiltration est moins bien limitée encore. Le duodénum paraît même être envahi dans une certaine étendue, de sorte qu'il est impossible de songer à pratiquer la suture du duodénum à l'estomac sans s'exposer à ne pas réséquer les parties malades assez loin. Je me décide donc à pratiquer l'opération selon la deuxième manière de Billoth.

Je déchire le petit épiploon au ras du cardia et lie le plus haut possible l'artère coronaire; j'agis ensuite de même pour le grand épiploon et la gastro-épiploïque, le plus en dehors possible, en empiétant sur la grosse tubérosité afin de bien dépasser les parties malades. Je saisis alors l'estomac en travers avec deux longues pinces clamps placées à 2 centimètres l'une de l'autre environ; puis je sectionne l'estomac entre les deux pinces. J'enlève avec les ganglions de la petite courbure en détachant tout l'épiploon, je lie deux ou trois artères près du pylore, j'agis de même du côté du grand épiploon et j'enlève avec soin les ganglions qui, de ce côté, sont petits et peu importants. Encore quelques ligatures d'artères et je soulève la tumeur avec le pylore et le duodénum que je sectionne transversalement, en parties qui paraissent saines. Je ferme aussitôt le duodénum au moyen d'une suture en masse très serrée que j'enfouis avec assez de peine. Du côté de l'estomac je ferme complètement la petite portion qui reste au moyen de deux rangées de sutures et transforme cette portion restante en un petit sac clos de toute part et qui a le volume d'un œuf de poule.

C'est tout ce qui reste de l'estomac. Refoulant alors l'épiploon à droite, je cherche la première portion du jéjunum, fais un trou à travers le mésocolon, puis pratique une anastomose entre le petit sac stomacal et le jéjunum. L'opération est alors terminée. Toutes les parties malades paraissent avoir été enlevées, il ne reste pas de ganglions ni de parties infiltrées; en un mot, le résultat immédiat paraît aussi satisfaisant que possible. Un drain est placé dans l'angle supérieur de la plaie, puis le péritoine est refermé à trois plans comme d'habitude.

Suites opératoires. — Après un léger choc opératoire qui dure toute la journée, et que l'on combat avec du sérum et des injections l'huile camphrée, la malade reprend ses sens et commence, à partir de ce moment, une convalescence ininterrompue. Le drain est retiré le deuxième jour. La malade commence à boire dès le soir de son opération, elle n'a pas de nausées et supporte très bien toutes les boissons qu'on lui offre. On lui continue les lavements de sérum, et même on lui fait deux injections de sérum à 200 grammes sous la peau, pendant les trois premiers jours. Le deuxième jour on permet le lait coupé, le jour suivant on permet le lait complet. Enfin, vers le huitième, on permet les potages, les purées et les œufs. Le douzième jour, elle prend un peu de viande grillée hachée, et elle la digère parfaitement.

A partir de ce moment, elle doit être l'objet d'une surveillance toute particulière de la part des infirmières pour l'empêcher de faire des excès de nourriture. Le besoin de manger devient chez elle une véritable obsession ; elle mange de tout en cachette, et digère tout ce qu'elle mange. Au bout de vingt jours elle prend un repas complet et aussi copieux que des personnes en bonne santé. Ses selles sont habituellement normales, cependant parfois elle a de la lientérie. Elle a repris ses forces, se lève sans fatigue le dix-septième jour, et quitte la clinique le vingt et unième jour.

Suites éloignées. — A peine rentrée chez elle, la malade reprend ses habitudes et recommence à travailler. Elle se nourrit comme autrefois, sans prendre la moindre précaution. Elle mange très souvent et digère tout ce qu'elle prend. Jamais elle n'a eu d'indigestion. Elle augmente rapidement de poids et gagne plus de 14 kilogrammes au bout de deux mois. Tout se passe bien la première année, pendant laquelle la malade jouit d'une excellente santé.

Dans le courant d'août, la malade est moins bien. Elle a de la diarrhée à certains moments, pendant lesquels elle digère moins bien ; puis elle voit se développer au-dessus de la clavicule droite une tumeur indolore qui atteint bientôt le volume d'un œuf. Elle vient alors me consulter et je constate la présence d'un gros ganglion au-dessus de la clavicule. Je ne trouve rien du côté de l'estomac. La cicatrice est excellente, et nulle part on ne sent d'induration. Malgré l'absence de tout symptôme local, je diagnostique une généralisation ganglionnaire et prie le Dr Estrabaud de bien vouloir suivre la malade. Il m'en donne des nouvelles à plusieurs reprises, et mon étonnement est grand lorsque j'apprends que sous l'influence d'un traitement médical, l'état général s'améliore rapidement, et que le ganglion sus-claviculaire disparaît assez rapidement puisqu'au mois de novembre 1904 il n'y en avait plus de traces.

A partir de cette époque, il n'y a plus rien à signaler au point de vue de la santé de la malade, qui est excellente jusqu'au mois de juillet 1906. A cette époque, elle s'aperçoit qu'elle digère moins bien, qu'elle a souvent de la diarrhée; puis au bout de quelques jours, elle fait de l'ictère.

L'ictère d'abord peu prononcé, s'accentue progressivement et ne tarde pas à devenir très intense. La malade ne s'en préoccupe pas, et malgré les conseils du Dr Estrabaud elle refuse de venir me revoir. Dans le courant du mois d'octobre, elle s'aperçoit qu'il se forme une grosseur sous les fausses côtes droites, et en même temps elle s'aperçoit que ses forces diminuent. Elle fait à deux reprises des selles marc de café et deux fois des vomissements de même nature. Elle se décide alors à venir me consulter. Je constate un amaigrissement peu prononcé, un ictère très intense, et dans la région pylorique la présence d'une tumeur en dehors de laquelle on sent la vésicule surdistendue. Je conseille à la malade d'entrer à la clinique pour y subir une cholécystentérostomie.

Etat à l'entrée. — La malade a un peu maigri, mais elle n'est pas

émaciée. Elle mange encore avec appétit, et elle digère assez bien. Ses selles sont complètement décolorées. La peau est vert foncé, et présente de nombreuses traces de coups d'ongles occasionnées par le prurit intense dont souffre la malade. Les urines sont très foncées, presque noires. Elles renferment une grande quantité de pigments biliaires et des traces d'albumine. Rien au cœur ni aux poumons. Localement, on trouve à droite sous les fausses côtes une tumeur grosse comme une mandarine, ferme et rénitente, se laissant déplacer latéralement, mais ne s'abaissant pas et ne suivant pas les mouvements du diaphragme. Cette tumeur est régulière, à grand axe vertical ; elle est sonore à la percussion. A droite de la tumeur on sent le fond de la vésicule distendue, constituant une petite tumeur arrondie facile à reconnaître. Une pression exercée sur la vésicule provoque une légère douleur dans la région du foie.

Opération le 8 novembre 1906. — Sont présents les Drs Estrabaud, Goutard, Meyer. Partant de l'apophyse xyphoïde, en longeant le rebord costal, je descends une incision jusqu'au bord du muscle droit, puis je descends le long du bord de ce muscle sur une longueur de 8 centimètres. Le ventre ouvert, je trouve la vésicule très distendue et épaisse. Immédiatement en dedans on trouve la tumeur et on peut se rendre compte qu'elle est constituée par le duodénum et par la tête du pancréas. Cette tumeur, du volume d'un œuf d'oie, est mobile transversalement; elle est recouverte par le mésocôlon. Elle se continue à gauche avec le jéjunum, que l'on peut suivre jusqu'à la bouche gastrique. Là je ne trouve pas d'estomac mais une sorte de diverticule qui disparaît en haut sous des adhérences épiploïques. Le diverticule ne paraît pas avoir un diamètre plus considérable que l'intestin lui-même, de sorte qu'en réalité il n'y a pas d'estomac à proprement parler. Je ne trouve nulle part de ganglions et nulle part de noyaux de généralisation. Il ne saurait être question d'enlever la tumeur, ce qui nécessiterait l'ablation de la tête du pancréas avec toutes ses conséquences. Je me décide donc à pratiquer une cholécystentérostomie. Je choisis pour l'anastomose l'anse jéjunale au niveau du premier coude qu'elle fait à droite après l'anastomose gastrique ; mais dans le but d'éviter le passage des aliments dans les voies biliaires je décide de pratiquer l'anastomose en Y, c'est-à-dire, après section de l'intestin, d'aboucher le bout distal à la vésicule et le bout proximal dans le bout distal, le plus loin possible de la vésicule.

L'opération est pratiquée de la manière suivante : le jéjunum bien repéré est saisi entre deux pinces de Kocher et sectionné à l'endroit précis de son premier coude à droite, puis l'incision est prolongée à travers le mésentère jusqu'à la deuxième arcade artérielle. La section répond d'une part à la vésicule, et d'autre part au bord droit de l'épiplon. Il en résulte que l'anastomose, en ce point, ne sera pas tiraillée et qu'elle n'exagérera pas la coudure normale de l'intestin en cet endroit. La section terminée, j'abouche terminalement le bout proximal dans le bout distal au moyen d'une implantation directe, puis je pratique une deuxième implantation du bout distal dans la vésicule au

préalable vidée de sa bile. Cette bile est très épaisse et a tout à fait l'aspect de cambouis. Afin d'éviter une anastomose trop large, l'intestin implanté dans la vésicule est légèrement plissé, mais, néanmoins, l'abouchement vésiculaire ne mesure pas moins de 2 centimètres de largeur. Le ventre est alors refermé à trois plans comme à l'ordinaire, sans drainage. L'opération a duré 1 heure environ.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été des plus simples. Pas de choc, pas d'affaisement; la malade peut boire dès le jour même. Les fils de la paroi sont enlevés le 8e jour.

Le lait est commencé le lendemain de l'opération et est ensuite bien toléré. Le 3e jour on trouve des traces de bile dans les selles, et la malade demande à manger. Pendant 4 jours encore on réussit à la garder au régime lacté, mais le 8e jour on lui permet une purée qui est très bien digérée. Malgré toutes les recommandations, elle ne tarde pas à faire des écarts de régime, mangeant en cachette des fruits et des pâtisseries. Le 12e jour elle mange une grande quantité de dragées; la température monte à 39°6, le ventre se ballonne, mais un vomissement survient, constitué par des débris de dragées; puis tout rentre dans l'ordre. Le lendemain la température est normale, mais on prescrit le régime lacté absolu et on fait surveiller la malade. Au bout de quelques jours son besoin de manger redevient impérieux et on recommence les purées, les œufs et les gelées. Le 20e jour, nouvelle indigestion, mais moins grave que la première, causée cette fois par un repas trop copieux. Puis tout rentre dans l'ordre, la malade se lève le lendemain et quitte la clinique le 25e jour après son opération.

Il a été noté qu'au moment des deux indigestions qu'a eues la malade l'ictère est redevenu plus foncé; qu'elle a fait une abondante éruption d'herpès, enfin que le salicylate de soude qui a été prescrit, chaque fois, a fait réapparaître rapidement la bile dans les selles.

Etat à la sortie. — La malade paraît assez forte; elle va et vient facilement, est tourmentée par des fringales. Son ictère est bien moins foncé qu'à l'entrée, mais il n'est pas complètement disparu. Le prurit n'existe plus, les selles sont colorées et normales mais les urines sont encore foncées et présentent encore des pigments biliaires.

Discussion.

Plaie du péricarde ayant donné lieu à quelques symptômes des plaies du cœur.

M. Mauclaire. — Dans son rapport sur la suture d'une plaie du ventricule droit du cœur, M. Quénu a fait remarquer que dans la très intéressante observation de M. Baudet, ce n'était ni la perte de sang *insignifiante*, ni la gêne mécanique par épanchement sanguin comprimant l'organe qui permettaient d'expliquer les symptômes observés : syncope initiale puis respiration fré-

quente, irrégularité et rapidité du pouls, hypothermie. M. Quénu pense que dans ces conditions il faut faire intervenir au point de vue de la physiologie pathologique un trouble apporté à l'innervation du cœur. Il rappelle à ce propos les expériences physiologiques et les observations pathologiques connues, puis une curieuse observation récente de plaie du péricarde publiée par M. Moreau (de Bruxelles). Dans ce cas, le malade avait reçu un coup de couteau dans la région précordiale. Il présentait tous les symptômes d'une plaie du cœur avec épanchement abondant intrapéricardique, absence de pouls radial, pas de bruits du cœur, étouffement, etc.

Or, l'opération démontra qu'il n'y avait pas d'épanchement sanguin intrapéricardique. Les symptômes observés furent attribués dans ce cas à la contusion légère du cœur par la pointe du couteau sans qu'il y ait eu de plaie cardiaque. Je crois qu'il faut aussi faire intervenir la plaie du péricarde.

J'ai lu une observation semblable publiée à Lyon récemment, mais je n'ai pu la retrouver.

Ces deux faits m'ont intéressé, car j'ai observé un cas semblable, que voici résumé :

Il s'agissait d'un homme âgé de soixante ans, jusque-là bien portant, entré à l'hôpital Bichat le 11 décembre 1903, salle Jarjavay, dans le service de M. Picqué, pour tentative de suicide par coup de feu dans la région précordiale. Examiné par moi le matin à neuf heures, soit onze ou douze heures après l'accident, l'état du malade était pour ainsi dire effrayant. Il poussait des cris déchirants, se plaignant d'une douleur thoracique précordiale très violente. D'une pâleur extrême, le visage couvert de sueurs, la respiration était courte et irrégulière, le pouls très petit, irrégulier, était incomptable. A la percussion, la matité précordiale très manifestement semblait augmentée surtout dans ses dimensions verticales; les bruits du cœur s'entendaient à peine.

L'ensemble de ces troubles me fit sans hésitation poser le diagnostic de plaie du cœur avec épanchement sanguin intrapéricardique. Mais l'opération, qui me fut confiée par M. Picqué, démontra qu'il n'en était rien. Après avoir fait un volet thoracique à charnière externe comprenant les 4e et 5e côtes, je trouve une *plaie « tangentielle » du péricarde* à l'extrémité gauche de sa face antérieure, plaie assez grande pour permettre l'introduction de la pulpe de l'index. Cette plaie est agrandie, et je constate qu'il n'y a que quelques gouttes de sang dans la cavité du péricarde.

Quant au cœur, il ne présente aucune lésion, il n'y a ni plaie ni traces de contusion de sa face antérieure. Le cœur bat rapidement et pris en main, son rythme ne se modifie pas. Je suture la

plaie péricardique en glissant dans la cavité un très petit drain. Je mets également un très petit drain dans la cavité pleurale, qui présente de nombreuses adhérences et un pneumothorax partiel et très peu d'épanchement sanguin.

Après cette opération, les souffrances du malade persistèrent et ce blessé succomba au bout de quarante-huit heures en s'affaiblissant progressivement.

L'autopsie ne nous montra pas autre chose que la plaie du péricarde. Le cœur était apparemment sain, la balle avait donc blessé tangentiellement le péricarde en allant se perdre dans le poumon gauche. (J'ai observé et publié déjà un deuxième cas semblable à la Société anatomique en 1901, page 483.)

Voilà donc encore un cas de plaie uniquement péricardique dans lequel tous les symptômes observés rappelaient ceux d'une plaie du cœur, et il ne s'agissait que d'une plaie tangentielle du péricarde avec contusion probable du cœur, contusion bien légère, il est vrai, puisque l'organe n'en présentait aucune trace. Mais l'on sait qu'une piqûre, même légère, suffit pour arrêter le cœur. Par conséquent une contusion cardiaque peut modifier le rythme et donner lieu aux troubles réflexes que j'ai constatés.

Pour expliquer les douleurs et troubles réflexes observés dans les cas de plaie du péricarde, je rappellerai que cet organe est très riche en nerfs : récurrent droit, phrénique, pneumogastrique, grand sympathique. A l'état normal, il est très sensible, surtout au niveau de sa face externe comme l'ont montré les expériences de Bochefontaine et Bourceret (1). A l'état pathologique, cette sensibilité est, on le sait, très augmentée.

Comme conclusion pratique, je rappellerai combien la physiologie pathologique du cœur est complexe, puisqu'une contusion légère peut arrêter le cœur, et une compression rythmique peut au contraire faire reparaître les battements cardiaques. De plus, une plaie du péricarde avec ou sans contusion du cœur peut donner lieu aux symptômes principaux d'une plaie cardiaque. Etant donné cette symptomatologie complexe, je pense qu'en présence d'une plaie pénétrante de la région précordiale avec troubles cardiovasculaires graves, il ne faut pas toujours affirmer l'existence d'une plaie du cœur ; néanmoins dans le doute il faut sans hésiter faire la péricardotomie exploratrice.

(1) Bochefontaine et Bourceret : Académie des sciences, 17 décembre 1877.

Sur les plaies du rectum.

M. Delorme. — J'ai relu l'observation de notre collègue M. Sieur et, malgré les remarques qu'a fait M. Quénu à ma proposition, je la maintiens et voici pourquoi : Le corps vulnérant qui chez le malade de M. Sieur avait produit la plaie rectale pénétrante péritonéale était métallique, vraisemblablement non ou peu infecté; il était mousse et il y avait lieu de supposer qu'après avoir traversé le rectum fixé, il avait pu déplacer le petit intestin mobile. Or, que pouvait-on avoir à craindre dans ce cas : Une suppuration péritonéale? Il était admissible dès lors de supposer que le trajet contus fait par le corps vulnérant, trajet drainé, pourrait suffire pour donner issue au pus.

Je ne voudrais pas encourir le reproche de préconiser la dilatation sphinctérienne et le drainage au lieu et place de la laparotomie, opération plus brillante, plus chirurgicale, plus sûre, mais j'estime qu'à côté d'elle il y a encore place pour d'autres modes de traitement. M. Quénu, dans son important mémoire sur les plaies du rectum, nous a décrit les conditions dans lesquelles la laparotomie pouvait réussir : rapidité très grande d'exécution, quelques heures après l'accident; assistance appropriée, difficultés opératoires dans les cas de plaies basses, utilité, presque nécessité de l'emploi d'un ballon dilatable, etc. Peut-on espérer toujours que ces conditions seront remplies, que le chirurgien sera toujours appelé au moment favorable, que le médecin qui assistera le malade aura toujours l'habileté et l'assistance voulues. S'il peut en être autrement, il est bon de ne pas laisser croire que les chances de guérison du blessé sont compromises parce que la laparotomie ne peut être exécutée.

Récemment, M. le médecin principal Vignol, de la Rochelle, avait à traiter un malade chez lequel une baïonnette munie de son fourreau avait perforé le rectum et la vessie au-dessus des limites supérieures de la prostate. La plaie avait l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Urines sanglantes. Le cathétérisme vésical et le drainage de la plaie suffirent à assurer sa guérison après une suppuration passagère et peu abondante périrectale.

Ostéome volumineux du brachial antérieur et de la capsule articulaire antérieure du coude.

M. Mauclaire. — Dans la séance précédente, M. Reynier nous a rapporté au nom de M. Lop, un cas d'ostéome du tendon du brachial antérieur, mais, dans l'observation, il n'est pas question des

rapports de l'ostéome avec le bec de l'apophyse coronoïde et les résultats éloignés de l'intervention ne sont pas signalés. Ce sont ces points que je veux mettre en relief dans l'observation suivante :

Observation. — F..., âgé de trente-trois ans, artiste dramatique, fait en novembre 1902 une chute sur la main, suivie de luxation du coude en arrière. Celle-ci est réduite aussitôt, et quelques jours après, des massages sont commencés. Au bout de quelques séances, le Dr Bouteron sent une induration très marquée au niveau du pli du coude, le malade est mis au repos, et je suis appelé à l'examiner six semaines environ après l'accident.

A ce moment, je constate que les os sont bien en place. Mais dans le pli du coude on sent une masse osseuse occupant l'extrémité inférieure de l'humérus et descendant jusqu'à la face antérieure des deux os de l'avant-bras, au devant du cubitus principalement. Cette masse est fixée profondément, sans mobilité aucune. Les mouvements de flexion sont très limités, l'extension l'est très peu. Il n'y a pas de troubles vasculaires ou nerveux.

La radiographie que voici nous montre l'existence d'un ostéome situé dans le brachial antérieur. Comme dans la radiographie de M. Lop, on voit que l'ostéome est assez éloigné de la face antérieure de l'humérus, au point qu'on le croirait placé en avant du muscle brachial antérieur.

Sur la radiographie on voit que cet ostéome a une forme losangique en fer de lance à sommet supérieur, mais en bas il se prolonge dans l'interligne articulaire et sur l'extrémité de l'apophyse coronoïde qu'il entoure.

Malgré le repos, il n'y a aucune amélioration dans les mouvements de l'articulation, aussi, le 16 décembre, je pratique l'extirpation de l'ostéome. Cette extirpation par fragmentation fut très pénible; la tumeur était formée de tissu médullaire spongieux au centre et de tissu ostéo-cartilagineux bleuâtre à la surface.

L'ostéome occupait non seulement le muscle brachial antérieur, mais il infiltrait toute la face antérieure du ligament antérieur du coude; un prolongement faisait cale dans la cavité articulaire, ce que montrait d'ailleurs la radiographie. La tumeur était plus large que ne semblait le montrer la radiographie.

Au-dessous, l'ostéome enveloppait l'apophyse coronoïde. Une fois l'ostéome enlevé, j'avais sous les yeux les surfaces articulaires du coude, il n'y avait plus de ligament antérieur. Drainage articulaire et sutures.

Les suites de l'opération ont été régulières et complètement apyrétiques. Les mouvements articulaires furent commencés vers le quinzième jour et progressivement accentués. On obtint facilement au début la flexion complète, mais bientôt les mouvements restèrent limités, malgré des exercices de mobilisation pratiqués plusieurs fois sous chloroforme. Finalement, la flexion resta très limitée et tout dernièrement le malade me confirma ce résultat assez peu satisfaisant.

Il est en province, aussi je n'ai pas pu le faire radiographier de nouveau. Mais je ne crois pas qu'il y ait de récidive.

Dans les mémoires d'ensemble publiés récemment (1), on insiste peu sur les résultats éloignés de l'ablation des ostéomes. C'est qu'il faut bien différencier les différentes variétés d'ostéomes. Rioblanc distingue « les *ostéomes non adhérents* qu'il faut opérer et les *ostéomes adhérents* pour lesquels le résultat opératoire est aléatoire ». J'ajouterais que, pour les variétés adhérentes, il faut distinguer ceux qui adhèrent simplement à l'os, humérus ou cubitus, et ceux qui adhèrent à la capsule articulaire antérieure.

Ces ostéomes péri-osseux et péri-articulaires antérieurs sont des plus graves. Ollier (2) y insiste beaucoup. Il signale même des ostéomes qui occupent la face antérieure du coude et empiètent en outre sur les côtés et en arrière jusqu'à l'olécrane et le tendon du triceps.Dans un cas, que l'on pourrait appeler *ostéome cerclé péri-articulaire total*, consécutif à une simple entorse du coude, il fit la résection du coude. C'est pourquoi je me demande si chez mon malade je n'aurais pas dû réséquer l'extrémité inférieure de l'humérus. J'y avais songé au moment de l'opération, mais cela me paraissait bien grave eu égard à la lésion.

M. Sieur. — J'ai eu, il y a 2 ans, l'occasion d'observer un fait d'ostéome du brachial antérieur en tout semblable à celui qui vient de nous être rapporté par M. Mauclaire. Un jeune cavalier s'étant luxé le coude vit un mois et demi après se développer un volumineux ostéome occupant toute la moitié inférieure du brachial antérieur. Les mouvements de l'avant-bras étant absolument entravés par cette espèce de cal osseux, je me décidai à intervenir.

J'eus beaucoup de peine à enlever l'ostéome qui était très irrégulier et comme intriqué au milieu des fibres musculaires. Certains faisceaux le traversaient même de part en part. En bas l'ostéome coiffait l'apophyse coronoïde, mais ne se continuait pas directement avec cette saillie, il en était séparé par sa coque fibreuse, qui le séparait également de la partie antérieure de l'articulation et de la face antérieure de l'humérus. Transversalement, il s'étalait sur toute la partie trochléenne de l'articulation et envoyait sous le paquet vasculo-nerveux et le biceps un prolongement volumineux et très irrégulier.

Le résultat opératoire fut d'abord excellent ; le malade avait récupéré la totalité de ses mouvements de flexion et d'extension. Mais peu à peu les mouvements perdirent de leur étendue, et au

(1) Cahier. Les Myostéomes, *Revue de Chirurgie*, mai 1904. Calarindi : *Archivio di ortopedia*, 1905, n° 3.

(2) Ollier. *Société de Chirurgie de Lyon*, 1898, 1899-1900 psssim.

bout de six mois, la flexion dépassait à peine l'angle droit et l'extension avait environ la moitié de son parcours normal.

En examinant et en radiographiant à nouveau le malade, il me fut facile de constater que l'ostéome ne s'était pas reproduit, mais il existait sur tout le pourtour des extrémités osseuses articulaires, particulièrement sur le pourtour de l'apophyse coronoïde et de l'olécrane une véritable bordure d'os néoformé qui était manifestement la cause de la limitation définitive des mouvements. Je me range donc à l'avis émis par M. Mauclaire à savoir que, dans ces cas, on aurait un meilleur résultat fonctionnel en ayant recours à une résection articulaire.

M. Loison. — Dans le cours des années 1899 et 1900, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie une série de radiographies d'ostéomes dont la plupart siégeaient dans les muscles entourant l'articulation du coude. J'ai résumé ces observations et reproduit le décalque des radiogrammes, dans le volume que j'ai publié en 1905, sur les *Rayons de Rœntgen et leurs applications chirurgicales.*

Je ne veux reprendre que certains points de la question, à propos du rapport de M. Reynier.

J'ai recueilli huit cas d'ostéome isolé du muscle brachial antérieur; deux cas d'ostéomes concomitants du muscle brachial antérieur et du triceps brachial; un cas d'ostéomes simultanés du muscle brachial antérieur et du rond pronateur; et un cas d'ostéome du brachial antérieur, accompagné de lésions nettes de péri-arthrite ossifiante.

Je laisse de côté les cas d'ostéomes du brachial antérieur ou du triceps associés à des luxations anciennes complètes ou incomplètes des os de l'avant-bras sur l'humérus.

Les ostéomes du brachial antérieur me semblent devoir être divisés en plusieurs catégories, suivant qu'ils prennent un large contact avec l'apophyse coronoïde, dont ils sont en quelque sorte une production exubérante; suivant que leur partie inférieure plus ou moins effilée atteint le voisinage de cette apophyse; suivant qu'ils sont implantés sur l'humérus par leur extrémité supérieure, ou par un point de leur périphérie, et suivant qu'ils sont éloignés de toute surface osseuse et logés en plein corps musculaire.

La pathogénie de ces derniers, quoi qu'on en dise, paraît difficile à concilier avec la *théorie de l'arrachement périostique d'Orlow*, tandis que leur formation s'explique tout simplement par la *théorie sésamoïdienne de Bard*, laquelle n'est qu'une modalité de la théorie du matériel exubérant de Cohnheim.

Je considère l'ostéome comme n'étant autre chose qu'un cal réunissant les extrémités des fibres musculaires divisées, et se substituant plus ou moins rapidement à l'hématone primitif. Quant à dire pourquoi ce cal intra-musculaire subit l'évolution fibreuse chez certains sujets et l'évolution osseuse chez d'autres, nous l'ignorons ; mais savons-nous davantage pourquoi les traumatismes peuvent provoquer l'éclosion d'une tumeur chez celui-ci et pas chez celui-là ?

Sommes-nous du moins fixés sur la nature des causes favorisant la production osseuse? Faut-il avec Ollier, comme vous le disait mon collègue et ami Sieur, accuser le massage ou plutôt les mouvements de mobilisation passive que l'on imprime à la jointure, comme complément des séances de massage?

Les traumatismes répétés favorisent évidemment la production des myostéomes, témoin l'*Exercier Knochen* du deltoïde, si fréquent autrefois dans l'armée allemande, alors que les fantassins utilisaient une certaine méthode d'exercice au fusil, et qui a disparu depuis que la manœuvre a été modifiée.

Sans vouloir accuser ou disculper les manœuvres de massage et de mobilisation insuffisamment graduées, je ferai une simple constatation dont l'explication m'échappe. Depuis cinq ans, je n'ai eu l'occasion d'observer aucun cas d'ostéome, alors que les méthodes de traitement employées après les entorses et les luxations réduites du coude n'ont pas varié : c'est toujours l'immobilisation pendant les huit à dix premiers jours, puis le mas-age et la mobilisation progressive de l'articulation.

J'ai eu, comme M. Mauclaire l'occasion d'observer un malade atteint à la fois d'ostéome du brachial antérieur, du triceps et de périarthrite ossifiante avec travées osseuses cerclant l'articulation ; j'avais proposé la résection, qui a été refusée.

J'ai présenté d'autre part en 1901, à la Société de Chirurgie, un blessé auquel j'avais enlevé un ostéome du brachial antérieur par la méthode sous-capsulaire. Les mouvements faciles et complets après l'opération et les jours suivants se sont limités ultérieurement et les mouvements du coude sont redevenus ce qu'ils étaient avant l'intervention.

Aussi, pour éviter ces résultats défavorables, je proposais de pratiquer l'extirpation extra-capsulaire et non sous-capsulaire de la tumeur osseuse.

M. Delorme. — J'ai opéré un assez grand nombre d'ostéomes du coude et constaté comme M. Loison, comme bien d'autres opérateurs, que si certains de ces ostéomes se prolongent jusqu'à l'apophyse coronoïde, et semblent se réclamer d'une origine périos-

téo-osseuse, d'autres sont logés en plein muscle brachial sans connexion ou rapport avec les os. Ils ne paraissent pas être d'origine périostique.

Le plus souvent mon résultat a été satisfaisant, les mouvements du coude ont pu être rétablis complets, actifs. Parfois il a été compromis par une récidive. C'est que pendant l'ablation je m'étais contenté de décoller la coque d'enveloppe qui a fourni une nouvelle prolifération osseuse.

Je n'ai jamais vu d'ostéome entourant circulairement le coude, mais si j'avais à en opérer, je penserais, avant toute chose, à l'ablation. Ces ostéomes ne peuvent guère atteindre le biceps; il est peu vraisemblable qu'ils intéressent la totalité transversale du triceps. S'il en est ainsi, pourquoi ne pas conserver le premier muscle, le plus puissant des fléchisseurs du coude, pourquoi ne pas conserver partie du triceps, c'est-à-dire partie de son extenseur?

S'il y avait récidive et tendance à l'ankylose, je préférerais peut-être à la résection l'ankylose du coude à angle droit ou plutôt un peu fléchi obtenue par la simple immobilité, me souvenant de l'axiome d'Ollier, à savoir qu'un coude ankylosé, chez un manouvrier, est préférable a un coude mobile, c'est-à-dire à un coude que notre collègue M. Mauclaire recherche par l'opération qu'il propose.

M. Broca. — Malgré la fréquence des lésions traumatiques du coude chez l'enfant, je n'ai observé qu'un cas d'ostéome, que je vous signale à cause de son étiologie.

Il s'agissait, en effet, d'un enfant hémophile chez lequel s'était produit l'hématome péri et intra-articulaire appelé arthropathie des hémophiles. Un pont osseux d'une grande netteté allait de l'humérus à la coronoïde, en continuité parfaite avec les deux os, et il en était résulté une ankylose complète du coude à angle droit. En raison de l'hémophilie, je n'ai naturellement pas opéré ce sujet.

Je rappelle seulement en quelques mots cette observation que j'ai fait publier il y a trois ans par mon élève Jardy dans la *Revue d'orthopédie*.

M. Routier. — Un mot seulement pour protester contre l'assertion de notre collègue Delorme. J'estime que quand on fait une résection du coude, il ne faut pas chercher l'ankylose, et j'ai pour ma part de nombreux cas de résection du coude chez des manouvriers qui ont conservé les mouvements des articulations nouvelles et qui s'en trouvent bien.

Rapports.

A propos d'un cas d'actinomycose du maxillaire supérieur droit chez un enfant, simulant un ostéo-sarcome, par M. le Dr Gaudier, professeur agrégé.

Rapport par M. A. BROCA.

L'observation de M. Gaudier est la suivante :

Chez un garçon de neuf ans débuta à la mâchoire supérieure droite, sans cause connue, un gonflement de la gencive avec ébranlement des dents, qui devinrent très douloureuses au toucher. Il se fit au bout de quelque temps, un peu au-dessus du rebord gingival, une fistulette qui conduisait sur l'os sous-jacent. Le Dr Chevalier pensa alors à de l'ostéite d'origine dentaire et enleva quelques dents, malades déjà auparavant ; cela n'y fit rien, mais en même temps il se produisait un gonflement dur dans la fosse canine, en même temps que se tuméfiait insensiblement la voûte palatine, exactement jusqu'à la ligne médiane. Dans les premiers mois cette tuméfaction était très dure, rosée ; elle prit bientôt un aspect rouge violacé, puis se ramollit en un point, et une ponction exploratrice amena du sang presque pur. La tuméfaction de la bouche, augmentait toujours, et plus grosse qu'un œuf de poule, touchait la langue de l'enfant, empêchant son alimentation et gênant sa respiration. Celle-ci d'ailleurs se faisait mal par la narine droite, obstruée totalement par le refoulement contre la cloison de la face externe de la fosse nasale droite. L'enfant dépérissait rapidement ; il n'y avait pas de ganglions. C'est à ce moment, au bout de six mois, que M. Gaudier fut appelé à le voir. L'aspect alors, au premier abord, était celui d'une tumeur maligne de la mâchoire supérieure, prête à faire éclater les téguments. Une ponction exploratrice démontre que l'aiguille pénètre jusque dans le sinus maxillaire et que, par conséquent, la paroi osseuse de la voûte palatine est détruite en grande partie ; elle ne ramène que du sang pur. Le rebord gingival suppure et le stylet introduit au fond de l'alvéole de la première molaire, sent l'os dénudé mais ne pénètre pas dans le sinus. La lésion est absolument limitée au maxillaire supérieur ; l'orbite est intact, la vue est bonne. L'autre maxillaire supérieur est absolument intact, ainsi que la mâchoire inférieure, et là toutes les dents sont bonnes.

Si l'aspect de la tumeur rappelait celui d'une lésion maligne, quelques réserves devaient être faites, surtout à cause du début nettement dentaire et aussi en raison de l'ostéite certaine, en sorte que M. Gaudier, au lieu de réséquer d'emblée la mâchoire, commença par une incision de la tuméfaction palatine.

Par là il fit pénétrer un doigt dans le sinus, rempli de produits caséeux jaunâtres, de fongosités et de caillots. De la voûte palatine il n'en reste plus, dans la largeur d'un peu plus d'une pièce de 2 francs,

mais il existe au milieu des caillots de nombreux fragments d'os réduits en parcelles. Le tout est curetté très largement et tout de suite on s'aperçoit qu'à part le rebord alvéolaire et une partie de la voûte palatine, les autres portions du sinus sont saines. Ce curettage donne beaucoup de sang et l'on est forcé de terminer l'opération par un tamponnement excessivement serré sans suturer la muqueuse palatine, tellement amincie que les fils couperaient même sans serrer. On profite du chloroforme pour enlever quelques racines dentaires.

Pensant alors à l'actinomycose, M. Gaudier en resta là et le petit malade fut soumis au traitement spécifique : pansement dans l'intérieur du sinus avec de la gaze trempée dans une solution iodurée; iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 2 grammes par jour.

Les événements (car l'enfant guérit en moins de trois mois) et l'examen histologique des fragments prélevés, matières caséeuses et fongosités, démontrèrent que tel était bien le diagnostic.

L'enfant a guéri très lentement mais sûrement; au bout d'un mois la plaie n'était plus saignante, la muqueuse était revenue d'aspect à peu près normal et la tuméfaction palatine avait disparu; l'ostéite s'était terminée par l'expulsion d'un petit séquestre du rebord maxillaire. Actuellement, cinq mois après l'opération, il existe une fistule de la voûte palatine, arrondie, aux bords nets cicatriciels, laissant passer un crayon, et que M. Gaudier propose de guérir par une autoplastie prochaine. Il n'y a plus de gingivite, mais le rebord de l'os est un peu irrégulier.

Comme le font remarquer Poncet et Bérard, l'actinomycose vraie de la mâchoire est beaucoup plus rare qu'on ne le pensait autrefois, où l'on catégorisait ainsi, mais à tort, les faits beaucoup plus nombreux, où il s'agit d'actinomycose péri-maxillaire, où, en réalité, sous les parties molles malades, l'os est intact ou à peu près. Encore faut-il ajouter que dans les formes osseuses vraies l'inoculation est d'abord superficielle, gingivo-alvéolaire.

D'où une première forme, superficielle, raréfiante ou ulcéreuse, caractérisée par des lésions de réaction périostée avec petits séquestres parcellaires, causés par le parasite qui, le plus souvent, au moment de l'examen, a disparu devant les infections secondaires d origine buccale.

Deux autres *formes* sont *centrales*, dont l'une, la *térébrante* centrale, nous intéresse plus. Là, en même temps que le parasite pousse des trajets sous les parties molles sous-jacentes, il perfore l'os de part en part. Le plus souvent de petits trajets fistuleux, partant de la gencive ou de la dent malade, débouchent dans des cavités osseuses que remplissent des fongosités mollasses et du pus. Au maxillaire supérieur, l'os est tellement raréfié et aminci que l'on peut obtenir par le toucher la crépitation des ostéosarcomes centraux. La lésion ici évolue comme un cancer téré-

brant avec destruction étendue de la voûte palatine, perforation et envahissement du sinus maxillaire, propagation plus lointaine vers l'orbite, la base du crâne, etc.

Ainsi dans une observation très nette de Koch, rapportée dans la thèse de Quenet (Lyon, 1895-96), il existait dans la bouche, au-dessus des molaires supérieures gauches, une fistule donnant un pus grumeleux; un stylet introduit par cet orifice conduit dans le *sinus maxillaire*, dont toutes les parois sont dénudées. La plupart des dents de la mâchoire supérieure sont cariées ou absentes. Pas de ganglions engorgés. Ouverture et curage du sinus maxillaire. Dans un second cas, dû à Bérard, la nécrose avait à ce point détruit le maxillaire supérieur gauche que la cavité buccale communiquait par une énorme perte de substance, avec le sinus maxillaire, l'orbite, les fosses nasales.

La *forme centrale néoplasique* est caractérisée par une prolifération centrale, conjonctive, tels que les deux tables de l'os sont écartées et il en résulte une boursouflure parfois énorme. Cette forme correspond à l'ostéo-sarcome mycosique du bœuf. Les cavités creusées dans l'épaisseur de l'os sont remplies d'un tissu qui tantôt rappelle assez bien celui d'un sarcome solide, tantôt celui d'un myxome malin.

Cette forme néoplasique n'aurait jamais été observée chez l'homme au niveau de la mâchoire supérieure, d'où la rareté de l'observation de M. Gaudier, qui participe des deux formes centrales térébrante et néoplasique.

Ces formes néoplasiques sont d'un diagnostic encore plus important que celles où l'actinomycose revêt l'aspect d'une ostéite, car c'est pour elles la résection de la mâchoire qu'il convient de discuter. Or, la ressemblance clinique est grande. Cependant, on soupçonnera l'actinomycose si l'on constate des lésions dentaires, des fistules multiples ,de la suppuration gingivale, un envahissement précoce des parties molles mais non des ganglions, une indolence habituelle. Mais il va sans dire que, comme dans le cas de M. Gaudier, l'examen histologique seul peut donner la certitude.

Communication.

Résultats comparatifs entre la prostatectomie périnéale et la prostatectomie sus-pubienne,

par M. le Dr ALF. POUSSON (de Bordeaux).

La lutte, qui s'est si longtemps poursuivie entre la voie périnéale et la voie hypogastrique comme moyen d'accès dans la vessie pour l'extraction des calculs, lutte qui semblait éteinte depuis la restauration de la vieille taille de Franco par Petersen, s'est rallumée à l'occasion de l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée. La méthode périnéale, qui d'abord fut exclusivement mise à contribution par les chirurgiens de notre pays, commence à perdre du terrain au profit de la méthode hypogastrique inaugurée par Fuller en Amérique et Freyer en Angleterre. Si le professeur Albarran, protagoniste en France de la cure radicale de l'hypertrophie prostatique, reste fidèle à la première, Legueu a définitivement donné la préférence à la seconde.

Après avoir été un chaud partisan de la prostatectomie par la voie basse et avoir conçu de grandes appréhensions sur la valeur de la voie haute, c'est à celle-ci que je me rallie aujourd'hui. Je voudrais justifier devant vous ce changement d'opinion en m'appuyant sur les arguments que me fourniront l'analyse de 50 observations personnelles de prostatectomie totale par l'une et l'autre voie.

Ces 50 observations se répartissent entre 28 opérations transpérinéales et 22 opérations transvésicales. Tandis que la première m'a donné 4 morts, soit une mortalité de 14,3 p. 100, la seconde m'en a donné, 5 soit une mortalité de 22,7 p. 100. Mais il serait injuste d'imputer tous ces décès à l'acte opératoire, et pour établir équitablement son bilan mortuaire, il convient de déterminer à quels accidents ont succombé les malades. Des quatre malades morts à la suite de l'intervention par le périnée, un a été emporté par une embolie aux bout de trente-six heures ; un autre, qui était atteint de pyélonéphrite double, par collapsus au troisième jour, un troisième, enfin, par infection purulente au vingt-huitième jour. Ces trois décès doivent évidemment être portés au passif de l'opération, mais il n'en saurait être de même du quatrième, qui survint par bronchopneumonie au vingt-et-unième jour. Des cinq malades morts après avoir subi la prostatectomie transvésicale, un fortement obèse et diabétique s'est éteint dans le coma au bout de quarante-huit heures, un autre a succombé à une cellulite pelvienne au sixième jour, un troisième présentait à l'autopsie

faite trois jours après l'opération, une hémorragie de tout le tractus urinaire, s'étendant de la vessie au rein, comme celle qu'on observe à la suite de l'évacuation rapide de l'urine dans les rétentions par regorgement. Ces trois malades sont bien morts des suites de l'opération, mais celle-ci n'a été pour rien dans le décès des deux derniers, qui ont succombé l'un a une hémorragie méningée survenue brusquement le lendemain de la prostatectomie, et l'autre à une pleurésie purulente, au bout d'un mois.

Ainsi réduite à sa juste valeur, la mortalité opératoire qui est de 3 sur les 28 opérés par la voie périnéale, soit 10,7 p. 100, est également de 3 pour les 22 opérés par la voie hypogastrique soit 13,6 p. 100.

Assurément bien que de multiples facteurs autres que l'acte chirurgical règlent l'issue de nos interventions, ce n'est pas sans quelque raison que l'on se fonde d'abord sur la mortalité opératoire pour établir la valeur comparative entre deux méthodes ou procédés. A cet égard, je devrais donner le premier rang à la prostatectomie périnéale qui, entre mes mains, s'est montrée un peu moins meurtrière que la prostatectomie sus-pubienne, mais d'autres raisons interviennent qui me conduisent à donner la préférence à la seconde sur la première. Ce sont ces raisons que je demande de vous exposer en quelques mots.

La première est tirée de la simplicité anatomique de la région qu'on traverse pour extirper la prostate par la voie sus-pubienne et de la complexité des plans qu'on rencontre pour l'extirper par la voie périnéale. Par l'hypogastre, le cul-de-sac du péritoine est le seul obstacle à éviter et on y arrive avec la plus grande facilité en mettant le malade en position de Trendelenburg. Par le périnée, le bulbe de l'urètre et le rectum sont des organes plus difficiles à éviter. De nos jours, grâce aux moyens d'hémostase que nous possédons et à l'antisepsie, la blessure du bulbe n'a pas la gravité qu'elle avait autrefois. C'est tout au moins un incident avec lequel il faut compter et dont j'ai éprouvé les ennuis dans quelques-unes de mes opérations. L'ouverture du rectum est plus grave et quelque précaution qu'on mette à séparer la face postérieure de la prostate de la face antérieure de l'intestin on n'est jamais assuré de ne pas perforer cette dernière, ou de ne pas l'exposer à un sphacèle ultérieur. Sur mes 28 prostatectomies par le périnée, j'ai ouvert deux fois le rectum au cours de l'opération et une fois la perforation s'est faite secondairement par mortification des tissus au dixième jour. Cette dernière perforation se ferma spontanément au bout d'un certain temps, mais les deux premières opérations donnèrent lieu à une fistule que je ne pus parvenir à fermer.

La seconde raison, qui pour moi plaide en faveur de la prostatectomie transvésicale, est la grande facilité que présente l'énucléation de la glande par cette méthode. Cette énucléation par l'hypogastre a toujours été rapide et aisée, tandis que souvent par le périnée elle a été lente et laborieuse. En dépouillant à cet égard mes observations, je trouve pour l'opération par le périnée : 14 fois extirpation facile dont 2 très rapides ; 10 fois extirpation modérément facile ; 4 fois extirpation difficile ; pour l'opération par l'hypogastre : extirpation facile et rapide 21 fois ; extirpation difficile, 1 fois. C'est particulièrement dans ce que j'appellerai la forme pelvienne de l'hypertrophie de la prostate que l'extirpation de la glande par l'incision périnéale présente de grandes difficultés et demeure souvent incomplète. Dans cette forme, qui peut exister isolément ou simultanément avec les formes rectales et vésicales, les angles postéro-supérieurs de la glande repoussant devant eux les angles correspondants de la loge prostatique constituent deux prolongements en formes de cornes se développant du côté de la cavité pelvienne. Quelle que soit d'ailleurs la forme de l'hypertrophie, il n'est pas toujours possible d'extirper dans leur intégralité les lobes prostatiques par le périnée et on doit souvent procéder par morcellement. Dans mes 28 prostatectomies périnéales j'ai extirpé la glande en trois ou quatre fragments 16 fois, et en menus morceaux 14. Par la voie sus-pubienne, j'ai toujours pu dans mes 22 cas l'enlever soit en deux fragments, soit en un seul.

Certains vices de conformation congénitaux ou acquis, pouvant se rencontrer du côté du bassin de l'homme comme du côté de celui de la femme, en rapprochant les branches ischio-pubiennes, diminuent la largeur des voies d'accès à la prostate et gênent considérablement les manœuvres. Mais le plus fréquent obstacle à l'extirpation régulière de la glande par le périnée, c'est l'extrême épaisseur que cette région peut acquérir chez les obèses. Comme chez ces malades l'hypogastre est également envahi par l'adipose, le même obstacle à la facilité de l'opération se retrouve, si l'on intervient par la voie sus-pubienne. Toutefois en faisant une incision très longue de la peau et du pannicule sous-cutané et en incisant aussi longuement la vessie on peut arriver sur la prostate pour l'isoler de sa capsule et l'extraire dans son entier. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à mettre la main tout entière dans la vessie, comme je le fis chez le malade extrêmement adipeux dont je vous montre l'énorme prostate du poids de 160 grammes,

L'hémorragie post-opératoire est un des accidents que semblent redouter le plus les chirurgiens qui opèrent par la voie hypogastrique. Pour ma part, je n'ai vu se produire cet accident que chez

deux malades, qui du reste ont l'un et l'autre guéri. Tous les deux avaient peu saigné au cours de l'opération et c'est une fois dans leur lit que l'hémorragie se déclara, obligeant par son abondance mon interne à enlever le tube de l'hypogastre et à tamponner la vessie. Je n'ai jamais eu d'hémorragie à la suite de la prostatectomie périnéale ; une fois cependant, n'ayant pu lier une artère qui donnait abondamment au fond de la loge prostatique, je dus laisser une pince à demeure.

L'ouverture de la vessie par l'hypogastre et son éclairage à l'aide de l'écarteur à lampe électrique que je vous montrerai dans un instant permettent d'aveugler aisément, soit au thermocautère, soit à la ligature, des vaisseaux qui saignent.

Que si ces moyens demeurent insuffisants et que la plaie saigne en nappe, on peut aussi facilement procéder par cette même voie au tamponnement non pas de la loge prostatique, mais du col de la vessie, en appliquant avec la mèche de gaze qui sert à le faire la muqueuse vésicale sur les parois de la loge déshabitée. Je n'ai eu que deux fois l'occasion de recourir à ce tamponnement, et je l'ai fait par prudence plutôt que par nécessité.

Un des grands avantages de la prostatectomie périnéale est la sécurité qu'offre le drainage contre les accidents pouvant résulter de la stagnation d'abord de l'urine dans le bas-fond de la vessie infectée et ensuite des liquides exsudés par les parois de la plaie jusqu'à sa cicatrisation complète. Mon expérience me permet d'affirmer que ce drainage ne se fait pas moins bien par l'hypogastre à l'aide des tubes à gros calibre de Guyon-Périer et surtout à l'aide de celui de Freyer. Je ne crois pas que la cellulite pelvienne qui emporta au sixième jour un de mes opérés par la voie transvésicale doive être exclusivement attribuée à l'insuffisance du drainage. Il s'agissait d'un homme de soixante-dix ans profondément infecté et chez lequel je fis l'extirpation d'une énorme prostate pesant 180 grammes. C'était ma première opération et l'issue fatale dont elle fut suivie revient sans doute à mon inexpérience et au mauvais état du sujet pour une part plus grande que celle qui incombe au drainage. Si large que soit ouverte la porte au libre écoulement des liquides après l'ablation transpérinéale de la prostate, la plaie n'en reste pas moins exposée aux dangers de l'infection en raison de son voisinage de l'anus. Quelques soins que l'on prenne de la plaie, on n'est jamais sûr qu'elle ne se souillera pas. J'ai perdu ainsi d'infection purulente au vingt-huitième jour un de mes malades dont les pansements n'avaient pas été faits avec toute la régularité désirable.

L'examen des feuilles de température fournit une preuve péremptoire de la supériorité au point de vue de l'asepsie de la

plaie de l'opération transvésicale sur l'opération transpérinéale. Tandis que la courbe thermométrique reste uniformément entre 37 degrés et 37°5 chez les trois quarts de mes opérés par la première méthode, elle s'élève au-dessus de 38 degrés et même de 39 degrés chez plus des deux tiers de mes opérés par la seconde méthode.

Les malades chez lesquels on est appelé à pratiquer la prostatectomie étant toujours des vieillards qui, le plus souvent, ont dépassé soixante-cinq ans (sur mes 50 opérés 34 avaient dépassé cet âge, et 3, dont 2 guérirent, avaient au-dessus de quatre-vingts ans), il est important d'abréger autant que possible leur séjour au lit et de réduire au minimum le temps de la cicatrisation opératoire. En dépouillant à ce point de vue mes observations je trouve que dans les prostatectomies périnéales la cicatrisation de la plaie a été effectuée

1 fois au bout de	....	10 semaines
1 fois —	....	8 —
7 fois —	....	6 —
9 fois —	....	5 —
3 fois —	....	4 —
1 fois —	....	3 —
	Moyenne....	5 semaines 4/10

et que dans les prostatectomies transvésicales elle a été complète.

1 fois au bout de	....	7 semaines
1 fois —	....	6 —
4 fois —	....	5 —
4 fois —	....	4 —
5 fois —	....	3 —
	Moyenne....	4 semaines 2/10

On voit ainsi que la durée de la cicatrisation de la plaie a été moindre à la suite de l'incision sus-pubienne. Comme rapidité remarquable de guérison, je signalerai les observations de 2 malades âgés l'un de quatre-vingts et l'autre de quatre-vingt un ans, chez lesquels l'hypertrophie de la prostate se compliquait de la présence de deux calculs, et qui guérirent en trois semaines sans que la température dépassât un seul jour 37 degrés.

Le but de ma communication étant de vous fournir les raisons opératoires qui m'ont conduit à donner la préférence à la prostatectomie transvésicale, je n'aborderai pas devant vous la question des résultats éloignés des deux méthodes en présence, c'est-à-dire de leur valeur au point de vue du rétablissement spontané de la miction et de l'évacuation complète de la vessie. Ces résultats me paraissent excellents dans la très grande majorité des cas. Cependant, maintenant que les opérations datant déjà de plusieurs années m'ont permis de suivre l'avenir des prostatectomisés, j'ai

pu constater que les résultats ne sont pas toujours définitifs. C'est ainsi que j'ai revu deux ou trois ans après deux de mes opérés, qui conservaient encore un résidu de 200 à 300 grammes. Un autre de mes malades, opéré depuis dix-huit mois, qui vient de temps en temps encore à la consultation, a vu, petit à petit, sa rétention incomplète se reproduire, et il conserve dans sa vessie après la miction spontanée 400 à 500 grammes. Ce malade est fortement athéromateux et son impuissance à vider sa vessie tient à la sclérose de ses parois, car sa prostate n'est pas plus développée qu'elle l'était quelques mois après son extirpation. Si chez certains prostatectomisés le retour à l'état antérieur de rétention reconnaît pour cause, comme on l'a dit, l'hypertrophie des portions restantes de la glande, la voie sus-pubienne permettant l'énucléation plus régulière et plus sûrement complète semble encore devoir l'emporter au point de vue des résultats éloignés comme des résultats immédiats.

Sans insister sur les détails de la technique opératoire de la prostatectomie sus-pubienne et sur ses soins consécutifs, je me permettrai de vous signaler quelques points à mon avis importants.

Le premier est relatif à l'incision de la muqueuse recouvrant la saillie intra-vésicale de la prostate. Quelques chirurgiens faisant à la vessie un orifice juste suffisant pour passer l'index, dilacèrent à l'aveugle la muqueuse au niveau du col et, passant par cette brèche, décortiquent la glande.

Je ne saurais approuver cette manière de faire; j'estime que pour pratiquer au bon endroit l'incision de la muqueuse et découvrir le plan de clivage qui permettra l'énucléation de la prostate, il convient d'y voir clair. Voilà pourquoi j'ouvre largement la vessie et illumine sa cavité en me servant de l'écarteur à lampe électrique, que je vous présente et dont je me sers depuis plus de dix ans pour toutes mes interventions intra-vésicales.

La saillie prostatique reconnue, je résèque d'abord le lobe médian s'il est pédiculé, ce qui est rare. S'il est sessile ou si la lèvre inférieure du col forme un bourrelet régulier ou lobulé, j'incise au bistouri la muqueuse au point de réunion du versant urétral et vésical, de manière que la prostate enlevée, le lambeau de muqueuse vésicale vienne s'appliquer de lui-même sur la cavité résultant de son extirpation. L'incision faite, j'amorce sous le contrôle de la vue le décollement de la muqueuse, et lorsque je me suis assuré que je suis bien dans le plan de séparation de la glande de sa capsule, je retire mon écarteur éclaireur, qui pourrait me gêner dans les manœuvres de décortication. Après avoir dans mes premières opérations cherché à énucléer la glande en deux lobes et à conserver l'urètre, j'y ai renoncé parce

que, outre que l'on ne réussit pas toujours cette conservation, cela allonge l'opération et n'est d'aucune utilité pour l'excellence des résultats immédiats et éloignés. Actuellement, j'enlève donc d'un seul bloc toute la prostate. La glande ainsi *cueillie*, je remets en place l'écarteur éclaireur et j'assure l'hémostase de la loge prostatique déshabitée. Comme je l'ai déjà dit, je n'ai jamais eu pour ma part d'hémorragie inquiétante, sauf chez deux malades. Des attouchements des parois de la loge à la solution d'antipyrine ou d'adrénaline, des cautérisations au thermocautère m'ont toujours suffi à arrêter le suintement sanguin.

Le drainage de la vessie est un second point sur lequel je veux attirer votre attention. Freyer, qui fait de ce drainage un des principes même de son opération, emploie le gros tube que vous connaissez, tube qui par la largeur de son calibre assure l'évacuation de l'urine et des caillots pouvant se former et rend possible l'écouvillonnage et même le tamponnement de la vessie, au cas d'hémorragie abondante. S'échappant d'une façon continue par ce tube, l'urine imbibe les pièces du pansement, qui doit être renouvelé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Frappé des inconvénients de ce mode de drainage, j'ai employé dans mes premières opérations les tubes de Guyon-Périer, et je m'en suis bien trouvé. Cependant, reconnaissant au tube de Freyer les avantages conférés par son gros calibre, je l'ai adopté lorsque deux de mes chefs de clinique, MM. Michel et Araison, l'eurent perfectionné de manière à prévenir l'épanchement de l'urine dans le pansement et à la conduire, comme dans le drainage de Guyon-Périer, dans un urinal. Ce perfectionnement consiste dans un capot métallique muni d'une douille latérale à laquelle s'adapte un tube de caoutchouc. Grâce à ce tube, j'ai pu chez plusieurs de mes malades ne faire le premier pansement que cinq ou six jours après l'opération, c'est-à-dire au moment où j'enlève habituellement le tube hypogastrique pour le remplacer par une sonde à demeure dans le canal.

Après avoir, grâce à l'ouverture de la vessie, introduit par cathétérisme rétrograde, une sonde de Pezzer au moment même de l'opération, j'y ai renoncé, parce que cette sonde fatigue sans profit le canal, pendant les cinq ou six jours où l'urine passe par le tube hypogastrique. Je ne place la sonde urétrale qu'au moment où je supprime le drainage hypogastrique. La sonde dont je me sers n'est ni une sonde de Pezzer ni de Malécot, dont le dégagement dans la vessie pourrait être rendu difficile par l'accrochement de la valve muqueuse appliquée sur la paroi inférieure de la loge prostatique et ne faisant pas encore corps avec elle. J'emploie une sonde à béquille en gomme, de gros calibre,

n° 24 à 26, munie de 6 à 8 trous, de manière à offrir le plus de voie de sortie possible à l'urine. Cette sonde conduite par la paroi supérieure et glissant par son talon sur la paroi inférieure, passe sans accroc au-dessus de la loge prostatique et se dégage sans difficulté dans la vessie.

Comme je le disais au début de ma communication, je n'ai eu d'autre pensée en prenant la parole devant vous que de donner les raisons qui d'après mon expérience me conduisent à préférer la prostatectomie transvésicale à la prostatectomie transpérinéale, et si j'y ai ajouté quelques renseignements sur la technique que j'ai adopté, c'est moins dans le but de la conseiller à mes collègues de la Société de Chirurgie, que de la soumettre à leur critique éclairée.

M. Carlier. — Je partage les idées que vient d'admettre M. Pousson concernant la valeur de la prostatectomie transvésicale. J'ai opéré 18 malades, je suis de plus en plus convaincu que c'est là la méthode de choix du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate, et qu'elle sera peut-être la seule employée dans un avenir prochain. Je me bornerai à faire quelques réflexions au sujet de la variété d'incision qui me paraît le mieux indiquée pour que l'opération donne tout le résultat fonctionnel qu'on est en droit d'en attendre.

Lors de mes premières opérations, j'ai imité la technique de Freyer, à savoir incision de la taille petite, et, après exploration digitale de la prostate, toute petite incision au bistouri de la muqueuse vésicale au point le plus saillant de la prostate. J'ai reconnu vite les inconvénients de ce mode opératoire un peu aveugle et j'ai fait une taille vésicale qui me permît d'examiner ensuite la vessie, tout comme lors de la recherche et de l'ablation d'un papillome de la vessie. En même temps j'ai eu recours pour aborder la prostate à une incision en croissant circonscrivant la moitié postérieure du col vésical. Les résultats ainsi obtenus me donnèrent toute satisfaction, c'est-à-dire que mes opérés urinaient par la suite avec la plus grande facilité et vidaient bien leur vessie.

Mais tout récemment, j'ai eu un insuccès, non pas au point de vue opératoire, mais au point de vue fonctionnel. Un homme de soixante-quatorze ans, opéré en octobre 1906, et à qui j'avais enlevé une prostate relativement grosse, resta dysurique. Or j'avais fait chez lui une simple incision transversale de la muqueuse vésicale, longue de 3 centimètres à peine, et à environ 2 petits centimètres en arrière du col vésical. C'est ce mode d'incision que j'accuse de mon insuccès.

Le pourtour du col étant, en effet, resté intact chez ce malade, il

en est résulté une sorte de crête muqueuse à laquelle je crois devoir attribuer la persistance de la dysurie, toute relative d'ailleurs, et aussi la difficulté consécutive du cathétérisme, la sonde venant buter sur ce pont membraneux en tous points comparable aux valvules décrites par Mercier. Pour que mon malade profite de mon opération, j'aurai à faire disparaître cette crête muqueuse.

Je conseille donc, instruit par ce fait, d'inciser assez profondément le pourtour du col dans les 4/5 de son étendue, de façon à créer une large brèche qui non seulement sera très favorable à l'énucléation de la prostate mais qui aura en outre pour résultat de provoquer l'affaissement complet du col vésical et la disparition de tout bas-fond possible.

J'ai pris l'habitude de tamponner sérieusement la loge prostatique avec une longue mèche de gaze à l'ectogan.

En outre, point essentiel, suivant moi, je laisse à demeure dans l'urètre, jusqu'à guérison de l'incision sus-pubienne de la vessie, une sonde en gomme d'un gros calibre, n° 22 de la filière Colin qui, avec le drainage vésical sus-pubien, permet de faire de grandes irrigations de la vessie.

En ce qui concerne l'hémorragie consécutive à l'énucléation de la prostate, quelques-uns de mes malades ont assez bien saigné, mais je n'ai perdu, de ce fait, aucun malade.

J'insiste enfin sur la nécessité, que je trouve indispensable pour l'opération, de s'aider de son doigt dans le rectum pendant que l'autre index procède à l'énucléation de la glande. C'est le vrai moyen de s'assurer qu'on a bien enlevé toute la glande et de faire ensuite une compression très efficace pour arrêter le saignement.

Présentation de malade.

Section du nerf médian au poignet. Troubles simples de la sensibilité. Troubles trophiques. Guérison par la suture secondaire.

M. Bazy. — Voici l'histoire de ce malade que je publie sans commentaires.

Le malade est tombé, le 25 août dernier, le poignet droit sur une vitre; une abondante hémorragie s'étant déclarée aussitôt, on le transporta à la consultation de l'hôpital Beaujon. Là on constata la blessure de l'artère cubitale dont on fit la ligature. Comme il n'y avait pas de troubles moteurs, on ne pensa pas à la section d'un nerf. En effet à ce moment le malade n'avait aucun trouble musculaire; mais il s'aperçut quelques jours après d'une anesthésie du pouce, de l'index et du médius.

La cicatrice opératoire se ferma rapidement.

Entré à l'hôpital le 13 novembre.

A l'examen on constate l'existence d'une cicatrice transversale siégeant au niveau du poignet, dans la région antérieure et médiane. Cette cicatrice, d'une longueur de 4 centimètres environ, est à 1 centimètre au-dessus du pli de flexion du poignet. Sur son trajet siège un névrome de la grosseur d'un pois environ; la palpation de ce névrome détermine des mouvements brusques, involontaires, mais non douloureux, de tout le membre, et le malade compare la sensation éprouvée à celle d'un violent courant électrique.

Aucun groupe musculaire n'est paralysé; les muscles de l'éminence thénar se contractent normalement et tous les mouvements du pouce sont possibles. Il y a cependant un aplatissement de la région, et le relief que dessine sous la peau le muscle court abducteur du pouce est moins saillant que du côté opposé.

Au niveau des doigts on constate également un aplatissement marqué de l'extrémité du pouce, de l'index et du médius; la peau est sèche, ridée, brillante.

De plus, à l'extrémité de l'index qui est comme atrophié, le malade a vu se développer sans cause connue (et sur notre demande expresse il nie tout coup ou brûlure) une espèce de petite vésicule : la chute de l'épiderme laissa voir une petite plaque sèche de gangrène.

A la face dorsale du médius et sur le bord interne de la deuxième phalange, on constate de même une ulcération de la grosseur d'un pois, survenue, celle-là, à la suite d'une brûlure de cigarette.

Examen de la sensibilité.

En avant. — La paume de la main a conservé sa sensibilité normale, sauf sur une région délimitée par la rencontre de deux lignes : l'une prolongeant le bord interne du pouce en abduction moyenne, l'autre formée par le pli d'opposition. Cette région est analgésique, mais a conservé la sensibilité tactile : il existe donc là une zone d'analgésie.

Pouce. — Analgésie du pouce s'étendant de sa partie moyenne à son extrémité, avec une petite zone d'anesthésie à ce niveau.

Index. — Analgésie de l'index dans la moitié externe et à l'extrémité. Anesthésie dans la moitié interne.

Médius. — Analgésie sur toute l'étendue du médius.

Annulaire. — Sensibilité normale au niveau de l'annulaire, sauf à son extrémité qui est analgésique.

Cinquième doigt. — Sensible dans toute son étendue.

Face dorsale :

La sensibilité n'est altérée qu'au niveau du tiers moyen de l'index et du médius dont toute l'extrémité est anesthésiée. Cette anesthésie est précédée d'une zone annulaire analgésique, disposition qui se retrouve d'ailleurs sur toute l'étendue de la main.

Opération le 25 novembre. — Incision médiane sur la face antérieure du poignet mesurant 5 centimètres; dès qu'on a divisé l'aponévrose on tombe sur un névrome qui occupe le bout supérieur du nerf. Du pôle inférieur de ce névrome part un cordon blanchâtre qui pouvait *a priori* en imposer pour le nerf. Mais ce cordon est extrêmement dur et paraît constitué uniquement par du tissu fibreux; et en effet plus près du bord interne du poignet on aperçoit un second cordon plus mou qui à la section, présente l'aspect typique des nerfs. Après avoir réséqué

le névrome, on suture donc ce second cordon avec le bout supérieur par trois points au catgut 00. Fermeture de la peau aux crins de Florence. Pansements aseptiques. Immobilisation de la main en flexion forcée par une demi-gouttière plâtrée postérieure.

Examen dix jours après l'intervention.

La paume de la main a recouvré sa sensibilité dans sa totalité.

Face palmaire des doigts :

Pouce. — Analgésie a persisté ; la zone anesthésique qui siégeait à l'extrémité, est sensible au tact.

Index. — La zone d'anesthésie a disparu, sauf à l'extrémité ; le doigt est donc seulement analgésique dans presque toute son étendue.

Médius. — Sur la moitié interne de la première phalange se trouve une zone où la sensibilité est normale, le reste du doigt est analgésique.

Annulaire. — L'analgésie de l'extrémité a persisté.

Face dorsale :

Index. — Comme précédemment, c'est-à-dire anesthésie du tiers moyen à l'extrémité ; cette anesthésie étant précédée d'une zone annulaire analgésique.

Médius. — Zone anesthésique remplacée par une zone analgésique dans toute l'étendue de celle-ci.

Examen dix-huit jours après l'intervention.

On constate d'abord que l'ulcération de l'index est totalement comblée, de même pour celle qui siégeait sur le médius. Sensibilité des doigts.

1° *Face palmaire* :

Pouce. — A recouvré sa sensibilité normale.

Index. — 1re phalange, sensibilité normale ; 2e phalange et moitié de la 3e, analgésie ; extrémité, anesthésie.

Médius. — 1re phalange, sensibilité normale ; 2e phalange, analgésie ; 3e phalange, sensibilité normale.

Annulaire. — Sensible dans toute son étendue.

2° *Face dorsale* :

Index. — Sensibilité normale jusqu'à la partie moyenne ; analgésie au delà.

Médius. — Sensibilité normale jusqu'à la partie moyenne ; analgésie au delà.

A l'heure actuelle, il persiste seulement une petite zone circulaire d'analgésie à la face dorsale du médius dans la moitié supérieure de la 2e phalange.

L'extrémité de l'index est restée anesthésique.

Cette zone anesthésique est limitée à une cicatrice transversale siégeant à environ un demi-centimètre de la pointe du doigt ; et la peau à ce niveau présente une consistance cornée ; il s'agit là d'une anesthésie mécanique due à la destruction de la pulpe et non d'une anesthésie liée à une lésion des fibres conductrices de la sensibilité.

Enfoncement du crâne.

M. ROBERT PICQUÉ présente un malade atteint d'enfoncement du crâne. Trépanation. — Rapporteur : M. PICQUÉ.

Arthrectomie.

M. MORESTIN. Arthrectomie. — Rapporteur ; M. RICHELOT.

Présentation de pièce.

Volumineux fibrome calcifié de l'utérus.

M. MONOD. — Les fibromes calcifiés volumineux de l'utérus ne sont pas une rareté pathologique; ils ne sont pas tellement fréquents cependant qu'il n'y ait intérêt, je crois, à vous en présenter un nouveau cas. Evrett, chirurgien américain, dans un travail paru en 1879, n'a pu en réunir que trente-trois publiés.

Celui que je mets sous vos yeux a été enlevé chez une femme de cinquante-quatre ans qui paraît avoir porté cette tumeur depuis sa jeunesse. Elle raconte en effet — et elle montre à l'appui une photographie faite à cette époque — que, dès l'âge de seize à dix-sept ans elle avait un ventre assez développé pour attirer l'attention de ses parents et de ses camarades.

La tumeur a lentement augmenté de volume sans apporter aucun trouble que celui causé par le fait seul de sa présence; elle ne s'est en particulier jamais accompagnée de métrorragies. Réglée à douze ans, cette femme a eu à l'âge de quinze ans, à la suite d'un refroidissement, une brusque suppression de règles qui a duré trois mois. Les règles ont reparu, mais avec douleurs à chaque époque. C'est le seul incident pathologique à signaler dans l'existence de la malade qui n'a jamais eu d'enfants ni fausses-couches.

Lorsqu'elle s'est présentée à moi, il y a deux ou trois mois, j'ai constaté l'existence dans l'abdomen d'une tumeur très dure, mobile — faisant corps avec l'utérus — qui me parut être évidemment un fibrome, malgré l'absence de toute métrorragie.

Cette tumeur a été enlevée par moi, il y a huit jours, par hystérectomie sus-vaginale, sans incidents. La malade peut actuellement être considérée comme guérie.

La pièce consiste en une tumeur arrondie, du volume d'un melon de belle grosseur, extraordinairement dure, laissa transparaître à sa surface des points blancs crétacés. L'utérus, petit, est accolé

à la face antérieure de cette masse. Le poids de celle-ci est de 3.200 grammes ; ses dimensions : circonférence, 58 centimètres ; diamètres, sensiblement égaux dans tous les sens, 15 centimètres.

J'ai dû recourir à la scie pour la couper en deux.

Je n'ai pas cru devoir faire faire l'examen microscopique du tissu de cette tumeur ; il est établi qu'il s'agit, en pareil cas, de crétification calcaire et non d'ossification vraie (1).

Volumineux noyau d'épiploïte.

M. Ricard. — Je présente un volumineux noyau d'épiploïte, formant depuis près d'une année une masse adhérente à la paroi abdominale. Sa dureté, son indolence, sa forme sphéroïdale avaient fait penser à un fibrome pariétal.

L'opération montra une masse blanchâtre indurée, criant sous le bistouri, ressemblant, à s'y méprendre, à de l'épithélioma. Cette masse adhérait à l'épiploon, ainsi qu'à une anse d'intestin grêle dont je pus la séparer avec assez de difficultés.

Les adhérences multiples et filamenteuses qui existaient à la périphérie de la tumeur me firent penser qu'il s'agissait d'une masse inflammatoire.

Je laissai à la surface de l'intestin une plaque indurée et refermai le ventre.

L'examen histologique pratiqué aussitôt confirma le diagnostic de tissu inflammatoire.

Comme antécédent, nous avons relaté une fièvre typhoïde avec phénomènes abdominaux graves une année auparavant. Les connexions de la masse inflammatoire donnent lieu de penser que les lésions observées sont consécutives à une perforation intestinale qu'elles ont contribué à oblitérer.

(1) Lehnerdt (O). Entfernung eines verkalkten Uterusfibroides durch Zertrümmerung, *Zeitsch. für Geburtshülfe u. Gynäcologie*, 1878, t. III, p. 359.

Everett (J.-T.). Removal of a calcified fibroid of the uterus by laparo-elytrotomy, *The Americ. Journ. of obstetrics*, 1879, t. XII, p. 700 (33 cas).

Voir, pour les cas antérieurs, l'index donné par Everett, et deux cas postérieurs de Usphur (*même recueil*, t. XIV, p. 108) et de Briggs, t. XX (*ibid.*, p. 103).

Le Secrétaire annuel,
P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

A l'occasion du procès-verbal.

M. BROCA. — Il m'est difficile de savoir si je demanderai la parole sur la rédaction ou à propos du procès-verbal, car je n'ai pas reçu le *Bulletin*.

M. CHAPUT. — Le bon à tirer a été donné lundi matin; les Bulletins auraient donc dû être distribués en temps voulu.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une observation de M. le Dr Léon IMBERT, membre correspondant de la Société de chirurgie, sur le *traitement des anévrismes artério-veineux de la carotide* (sera publié).

A propos de la correspondance.

1° — Un mémoire sur la *suture dans un cas des plaies du cœur*, par M. le Dr LEPLAT, de Calais.

2° — Un mémoire sur la *perforation de l'estomac dans un cas de cancer*, par M. le Dr LEPLAT.

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen d'une commission dont M. MICHAUX est nommé rapporteur.

M. MONOD fait don à la bibliothèque de la Société de vingt volumes des *Archiv für klinische Chirurgie* (années 1872 à 1886).

M. le PRÉSIDENT remercie M. MONOD au nom de la Société.

Lecture.

Quelle conduite tenir en cas d'anévrisme artério-veineux bas situé de la carotide primitive?

par M. LÉON IMBERT (de Marseille), membre correspondant.

Le 6 septembre 1865, un chirurgien de Nantes, Letenneur, écrivait à la Société de chirurgie pour lui demander son avis sur la conduite à tenir dans un cas de plaie par arme à feu ayant déterminé un anévrisme artério-veineux jugulo-sous-clavier; je m'inspirerai de ce précédent pour présenter semblable demande à la Société, en admettant qu'elle veuille bien y répondre. Voici le fait :

Un agent de la police marseillaise, âgé de trente et un ans, reçoit le 19 janvier, à six heures du soir, deux coups de revolver; une balle l'atteint à la cuisse droite et n'y produit qu'une lésion insignifiante. L'autre pénètre au-dessous et un peu en dehors de la partie moyenne de la clavicule gauche; elle ne ressort pas, mais la radiographie la montre, les jours suivants, au niveau de la 1re vertèbre dorsale, en avant du rachis probablement. Le blessé est transporté à l'Hôtel-Dieu, où le chirurgien de garde ne constate rien de bien spécial qu'une hémorragie assez abondante, et décide de s'abstenir.

Le lendemain, on note une tuméfaction diffuse des régions sus et sous-claviculaire, avec des battements très nets, sans souffle ni thrill. Je ne vois le malade que le surlendemain, plus de trente-six heures après la blessure : la tuméfaction a diminué, mais elle est nettement pulsatile et présente des mouvements d'expansion évidents; elle occupe l'angle formé par le sterno-cléido-mastoïdien et la clavicule, mais se prolonge bien certainement

sous le muscle d'une part, au-dessous de la clavicule de l'autre; son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule; à la palpation, on perçoit avec une parfaite netteté un frémissement vibratoire; mais tandis que les battements et l'expansion se produisent sur toute la surface de la tumeur, le thrill n'existe pas à sa partie interne. Au stéthoscope, on entend un souffle continu avec renforcement systolique; ce souffle se prolonge du côté de la partie supérieure du cou tandis qu'il n'existe plus vers l'aisselle. Il n'existe pas de dilatation appréciable du système veineux cervical ni brachial; au palper, on ne peut constater de retard, soit dans le pouls radial, soit dans le pouls temporal. Il n'existe pas de douleurs à la déglutition; la voix est normale, la sensibilité du membre supérieur gauche ne présente aucune modification. Le malade lui-même ne perçoit ni souffle ni frémissement. Enfin, il faut noter que le malade a eu, depuis sa blessure, quelques crachats hémoptoïques et qu'il existe dans la plèvre gauche un épanchement de faible abondance.

Ces constatations ont été faites le 21 janvier; aujourd'hui, 2 février, la tumeur a sensiblement diminué de volume, elle s'es davantage limitée à l'angle claviculo-sterno-mastoïdien, mais elle est toujours pulsatile, nettement frémissante et le souffle conserve les mêmes caractères. A la pression limitée exercée avec un doigt sur l'attache inférieure du sterno-mastoïdien, on supprime le frémissement ou, tout au moins, on l'atténue considérablement. L'état général du malade est du reste entièrement satisfaisant.

Je dois ajouter encore que la clavicule a été atteinte, mais non entièrement fracturée par le projectile; elle présente un fragment saillant en avant, mais situé en dehors de la tumeur. Ce malade me paraît avoir, ce n'est guère douteux, un anévrisme artério-veineux de la base du cou. Quel en est le siège? Il est plus difficile de le dire. Je serais porté à le considérer comme carotidien en raison du siège et du mode de propagation du souffle; l'orifice anormal met probablement en communication la carotide et le jugulaire, peut-être même le tronc veineux brachio-céphalique gauche; dans tous les cas, il est très bas situé.

Que penser du pronostic?

Quelle conduite tenir?

Il est assurément difficile de donner un conseil concernant un malade que l'on n'a pas examiné; mais l'on peut poser la question de façon plus générale. Je demande donc à la Société de chirurgie de me donner son avis sur le pronostic et le traitement d'un anévrisme artério-veineux bas situé et intéressant la carotide primitive.

Discussion.

A propos de la prostatectomie.

M. Bazy — Je suis heureux de voir que les observations de M. Pousson et celles de M. Carlier confirment ce que j'ai exposé ici à propos de la prostatectomie transvésicale dans la séance du 31 octobre dernier.

Tout d'abord ils ont, comme je l'ai déjà dit, une tendance de plus en plus marquée à substituer la prostatectomie transvésicale à la périnéale, et ils en donnent les mêmes raisons que moi.

M. Carlier pense, comme je l'ai déjà dit, que l'opération avec les deux mains donne une plus grande sûreté à l'opérateur, en lui permettant d'enlever des petits adénomes qui pourraient échapper au bistouri non guidé par la palpation bimanuelle.

Cependant je dois dire que dans des opérations récentes j'ai utilisé simplement le doigt d'un aide instruit pour remplacer le mien dans le rectum de l'opéré, et je ne m'en suis pas mal trouvé.

L'artifice que nous a signalé M. Pousson pour éviter au malade d'être souillé par l'urine est celui que je vous ai signalé : il consiste à prolonger le drain vésical et le drain hypogastrique jusque dans un urinal au moyen de tubes que l'on raccorde aux tubes vésical et hypogastrique par un tube vulgaire de verre plus ou moins recourbé, sans qu'il soit nécessaire d'employer d'appareil spécial tel que celui que nous a décrit M. Pousson et qui a été imaginé par ses élèves ; on peut même de cette manière faire l'irrigation continue, qui me paraît être d'une bonne pratique dans ces cas.

La sonde à œils multiples que nous a présentée M. Pousson est une sonde dite à œils multiples qui porte mon nom depuis quelque quinze ou dix-huit ans dans les catalogues des Cahiers des charges pour la fourniture des instruments en gomme et caoutchouc de l'Assistance publique : elle a été primitivement construite par Vergne : je suis heureux de la voir appréciée par mon ami Pousson ; elle m'a rendu service dans un cas récent.

Je profiterai de cette communication de M. Pousson pour continuer à vous entretenir des indications opératoires de la prostatectomie telles que je les comprends.

J'ai opéré encore trois malades âgés de soixante et onze à soixante-quatorze ans par voie transvésicale : deux à l'hôpital, le troisième en ville : tous trois ont guéri.

Chez l'un d'eux, âgé de soixante et onze ans, que j'ai observé à l'hôpital, j'ai voulu voir si la prostatectomie transvésicale dans un

cas où la prostate n'est pas hypertrophiée donnait dans un cas de stagnation, sans rétention absolue, avec résidu de 250 grammes, des résultats meilleurs que ceux qui nous ont été avoués par la prostatectomie périnéale; j'ai sculpté la prostate et l'ai enlevée, je crois, complètement, sans ouvrir l'urètre, ce que tout le monde a pu voir : le résultat a été nul.

Dans les deux autres cas, où il s'agissait de prostate hypertrophiée, voici à quelles indications j'ai obéi :

Sur le premier malade à l'hôpital, l'indication était la difficulté de cathétérisme. Cette indication ainsi exposée, vous paraîtrait banale, car elle a été considérée, avec raison, comme une des indications primordiales de l'opération : le cathétérisme habituellement difficile constitue une des indications importantes de la prostatectomie.

Mais voici comment se présentait le cas chez mon malade. Il s'agit d'un homme de soixante et onze ans, sujet depuis dix ans à des rétentions d'urine, qui cédaient au cathétérisme très rapidement et ne se reproduisaient guère que toutes les semaines, tous les quinze jours; quelquefois plus rarement.

Au début, il se sondait avec des sondes en caoutchouc; puis il a dû prendre des sondes à béquilles.

Enfin, un mois avant son arrivée à Paris, comme le cathétérisme avec les sondes à béquilles devenait difficile, il avait voulu voir si cette difficulté persistait et il a essayé de se sonder; il n'a pas pu. Il a commencé à être très inquiet. Huit jours après, il recommençait sa tentative, il ne réussissait pas davantage; son inquiétude devient un véritable affolement quand il a à subir un nouvel échec avec la sonde bicoudée. Il prend alors le train au risque de se donner une rétention d'urine et fait 200 lieues pour venir me voir et m'exposer sa situation, me demandant, me suppliant de lui enlever la prostate pour lui éviter les angoisses qu'il avait eues et lui rendre le cathétérisme facile. « Plutôt que de ne pouvoir me sonder, ajoutait-il, j'aimerais mieux me donner un coup de fusil. »

La peur de la rétention et des souffrances qu'elle provoque étaient suffisantes pour justifier à ses yeux sa demande.

Ce n'était pas suffisant pour moi. Toutefois, en l'explorant, je constatai que la traversée prostatique était impossible aux bougies exploratrices et même aux béquilles. Je n'insistai pas : il triomphait. Après quelques jours, je le fais entrer à l'hôpital dans mon service.

Trois jours après son entrée, il a une rétention d'urine le matin, on essaie de le sonder avec une sonde à béquilles : on ne peut y parvenir. C'était le moment de ma visite : quand j'arrivai vers

lui, s'il n'avait pas autant souffert, il aurait volontiers encore triomphé. Je dus employer le mandrin courbe pour passer une sonde que je laissai à demeure, et je l'opérai quelques jours après. Je lui ai enlevé des adénomes prostatiques, qui pesaient plus de 18 grammes. Le malade a très rapidement guéri.

Il m'a écrit dernièrement (et l'opération date de plus de deux mois) : « La miction est facile et agréable » (*sic*); il n'a pas eu la plus petite rétention, malgré le temps écoulé depuis l'opération, ce qui ne lui était pas encore arrivé avant l'opération, qu'il n'avait pas non plus d'incontinence.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un malade de la ville que j'ai opéré avec le concours de mon assistant, le Dr Deschamps, et de mes internes, en présence de notre collègue de Massary.

M. S... est âgé de soixante-quatorze ans et je l'ai opéré déjà trois fois à plusieurs années d'intervalle pour des calculs uriques qu'il faisait avec une effrayante facilité, malgré le régime très sévère qu'il avait institué spontanément.

Il offrait en outre cette particularité qu'il était obligé d'uriner toutes les heures et demie et, quand il ne le faisait pas, il était pris de rétention et obligé de se sonder. En outre, quand il fabriquait plus de 700 à 800 centimètres cubes par 24 heures, il était aussi pris de rétention. Bien plus, il y a troismois, l'urine, qui était claire, devint très odorante et glaireuse : alors, ce fut le découragement : « Voilà le catarrhe, c'est la fin », me dit-il. Ce catarrhe disparut, du reste, facilement.

C'est dans ces conditions que je lui proposai la prostatectomie, dont il avait, déjà, entendu parler, et qu'il a acceptée avec empressement. Du reste, il avait une prostate assez volumineuse pour la justifier, car elle pesait 180 grammes.

Je l'ai opéré par voie transvésicale : j'ai fait l'énucléation de quatre adénomes, dont un du volume d'un gros œuf, un autre d'un œuf et deux plus petits.

J'ai fait le drainage de la cavité prostatique, mis à demeure la sonde grillagée et fait l'irrigation continue à l'eau stérilisée.

Les suites ont été normales : au 21e jour le malade se levait, sa vessie complètement fermée; il peut boire autant qu'il le veut, rend de 1.400 à 1.800 centimètres cubes d'urine sans avoir de rétention, urine toutes les trois heures et quelquefois plus souvent, quelquefois moins souvent, peut garder dans sa vessie 250, 300 et 400 centimètres cubes d'urine, n'a pas la plus petite incontinence; son urine est presque limpide, elle le sera bientôt tout à fait; en un mot, il se sent tout à fait bien.

Telles sont les considérations que je voulais développer devant vous.

En somme, l'ablation de la prostate dans le cas où est elle petite ne donne rien, même par voie transvésicale ; les difficultés du cathétérisme pour le patient, quand la prostate est grosse ou moyenne, les rétentions, la récidive des calculs, les accès de rétention quand la prostate est grosse, même si le cathétérisme est facile, me paraissent des indications opératoires. Au fur et à mesure que mon expérience augmente, au lieu de réserver l'ablation des adénomes prostatiques aux cas de rétention absolue et existant depuis un temps assez long pour qu'on ne puisse espérer le rétablissement de la miction, j'étends cette opération aux grosses prostates donnant lieu à des accidents moins passagers, mais sujets à des retours.

M. Paul Segond. — En 1889, je vous ai présenté sous le nom de « sonde à fentes allongées » un instrument tout à fait semblable à la sonde grillagée de Bazy. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 317.

M. F. Legueu. — Je suis heureux de voir M. Bazy parler aujourd'hui de prostatectomie préventive. J'ai eu l'occasion ici, il y a quelque temps, de parler de ces opérations précoces et destinées à remédier à des maux à venir. Et à ce moment, s'il m'en souvient exactement, M. Bazy n'avait pas sur ces opérations l'avis favorable qu'il exprime aujourd'hui.

M. Bazy parle de la prostatectomie hypogastrique pour une prostate non hypertrophiée. Dans ces conditions, l'opération par la voie hypogastrique est irréalisable et il ne faut pas la faire. Dernièrement, opérant un malade dans ces conditions, un malade qui n'avait pas de prostate, j'ai eu toutes les peines du monde à trouver un plan de clivage et à obtenir le peu qu'il y avait de prostate. L'opération de Freyer n'est indiquée que pour les prostates hypertrophiées, adénomateuses. En dehors de cela, pour toutes les prostates peu augmentées de volume, sans adénome vrai, la prostatectomie doit être périnéale ou ne pas être.

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les raisons qui ont permis à M. Pousson de venir à la prostatectomie hypogastrique. L'évolution qu'a subie notre collègue est celle qu'ont connue tous ceux qui ont une expérience comparative des deux opérations.

Je ne veux pas revenir sur la question des soins post-opératoires puisque j'ai eu l'occasion très récemment de m'expliquer ici sur ce point.

En ce qui concerne le doigt dans le rectum, je dirai que cette manœuvre n'est pas nécessaire, je n'y ai plus recours maintenant et on peut parfaitement s'en passer. Sans doute, si on venait à

perdre le plan de clivage, le doigt rectal permettrait de sauver un lobe erratique, qui serait sans cela abandonné. De même pour les très grosses prostates, qu'on a beaucoup de peine à attirer vers le haut, le doigt intelligent d'un aide peut aider beaucoup à l'ascension de cette prostate. En dehors de ces cas, je me passe du doigt rectal, et c'est une simplicité pour l'acte opératoire.

Un dernier mot sur l'incision à faire à la prostate : mon ami, M. Carlier, précise les dimensions de son incision. Je ne crois pas que sous ce rapport on puisse avoir d'autres règles que celles fournies par le volume de la prostate : aux petites prostates convient une toute petite incision curviligne. Pour de très grosses, une très large est nécessaire. La forme n'a pas d'importance : il suffit que les dimensions soient très larges.

M. Bazy. — M. Legueu m'a attribué l'opinion que je venais à la prostatectomie préventive.

Ce mot ne me paraît pas s'appliquer aux opérations que j'ai faites, puisque mes opérés présentaient des accidents que je peux qualifier de graves ; il y avait bien là des indications opératoires réelles.

Quant à l'opération préventive destinée à mettre à l'abri des dégénérescences cancéreuses de la glande, je crains que ce ne soit un mythe, et qu'on ne guérira pas plus les malades dans ces cas qu'on n'est sûr de guérir définitivement les cancers du rein.

Il ne faut pas oublier qu'on n'opère que des vieillards et que bien des maladies peuvent les emporter avant qu'ils n'aient des accidents de prostatisme.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Legueu sur le tracé des incisions de la vessie au-dessous de la prostate ; ces incisions doivent varier avec le volume et la situation des adénomes. C'est pourquoi je n'en ai pas parlé.

Là où je suis moins d'accord avec lui, c'est quand il s'agit de la possibilité d'une ablation complète de la prostate par voie transvésicale.

En disant que cette opération est irréalisable, je pense que le mot a dépassé le pensée de M. Legueu. Pour ce qui me concerne, je crois que dans le premier cas que j'ai exposé, j'ai enlevé toute la prostate ; je ne prétends pas que je n'ai pas laissé quelques glandules prostatiques ; mais elle a été certainement complète autant qu'elle peut l'être, et pratiquement complète, même sans avoir ouvert l'urètre.

A propos de la pharyngectomie.

M. Pierre Sebileau. — L'épithélioma du pharynx est, la plupart du temps, un épithélioma associé : aussi la pharyngectomie est-elle, la plupart du temps, une opération combinée. J'entends par là qu'avec une certaine étendue de la paroi pharyngée, il faut souvent réséquer l'amygdale, une portion du voile, de la base de la langue, de la couronne laryngée.

Il est un fait indiscutable : c'est que l'opération par les voies naturelles, même par les voies naturelles élargies à la manière de Jæger, est infiniment moins grave que l'opération par la voie cervicale, quel que soit le procédé qui réalise la brèche de pénétration. J'ai dit ici, il y a déjà plusieurs années, à propos de l'amputation de la langue, que dès l'instant que l'étendue des lésions nécessitait l'attaque du pharynx par dehors et, par conséquent, la mise en large communication de la cavité bucco-pharyngée avec le tissu cellulaire du cou, l'acte opératoire prenait une grande sévérité. Au reste, à quels yeux la chose ne saute-t-elle pas?

Je dois dire qu'avec l'habitude on arrive à considérer comme réalisables par les voies naturelles et qu'en fait on arrive à réaliser par celles-ci beaucoup de pharyngectomies antérieures, avec résection de l'amygdale et du voile, qu'un chirurgien moins versé dans la technique opératoire de cette région n'hésiterait pas à déclarer exclusivement justiciables de l'exérèse par la section cervicale. Mais enfin, pour aussi accoutumé que l'on soit à manœuvrer dans la bouche, on ne peut enlever par son orifice élargi que les néoplasmes de l'oropharynx antérieur, de ceux qui occupent l'isthme du gosier ou y confinent de très près.

Aux lésions de l'oropharynx postérieur, de ce que les anciens anatomistes appelaient l'arrière-gorge, et aux lésions du laryngopharynx, de toute cette zone si intéressante que j'ai depuis longtemps dénommée et que je dénomme encore le carrefour aérodigestif, à toutes ces lésions, dis-je, convient, de toute nécessité, la création de voies artificielles. Lesquelles?

Avant de me prononcer là-dessus, je voudrais m'expliquer sur la question de la trachéotomie préalable à toutes ces grandes interventions.

On a coutume de dire que cette trachéotomie aggrave l'opération. Théoriquement, cela paraît vraisemblable; toute ouverture des voies respiratoires est suivie d'infection et de réaction inflammatoire plus ou moins vive de la muqueuse trachéale; il y a sécrétion de mucus, le plus souvent de muco-pus. Sur un malade très diminué par une pharyngectomie grave, troublé dans sa défense organique, privé de son filtre nasal et gêné dans son

expectoration, cette trachéotomie, génératrice de pus, apparaît à l'esprit comme la source féconde des complications broncho-pulmonaires descendantes. Oui, théoriquement, l'on doit juger ainsi les choses. Mais en fait, il faut bien reconnaître que rien ne nous y autorise. La pharyngectomie constitue en soi un acte opératoire trop sévère; elle renferme trop de facteurs de gravité; on la réalise par des procédés trop dissemblables; elle s'applique à des lésions d'un siège, d'une étendue, d'une profondeur trop différents; elle s'adresse à des malades d'un âge, d'une santé, d'une résistance trop peu comparables; en un mot, le jugement qu'on peut porter sur elle est soumis à trop d'éléments d'appréciation et, pour tout dire, chaque chirurgien possède à son actif trop peu de cas tout à fait superposables pour qu'on puisse, au milieu de tant de contingences, sainement évaluer dans quelle proportion la trachéotomie aggrave, si tant est qu'elle le fasse, la résection du pharynx.

Mais enfin, acceptons-le. Il n'en reste pas moins vrai que, dans un grand nombre de pharyngectomies, l'ouverture des voies aériennes, temporaire ou permanente, s'impose d'une manière inéluctable et que, dans tous les cas, nécessaire ou non, elle facilite considérablement l'acte opératoire, tant au point de vue des manœuvres du chirurgien que de la technique anesthésique; elle donne au patient et, par conséquent, au chirurgien, une sécurité très grande; il faut en effet que le premier respire bien pour que le second travaille avec calme.

Je considère donc la trachéotomie comme le complément nécessaire ou, tout au moins, très utile de toute pharyngectomie par la voie cervicale. Or, cette trachéotomie perd toute gravité quand elle précède de quelques semaines la grosse opération. Alors l'appareil broncho-pulmonaire s'est habitué à la pénétration directe d'un air que n'épure plus ni ne réchauffe la muqueuse nasale; la muqueuse trachéale a accompli sa défense et ne laisse plus suinter qu'un peu de mucus; nul sang ne pénètre au cours de l'intervention dans les voies aériennes. C'est une extrême simplification des suites opératoires.

Je perdais autrefois tous mes laryngectomisés. Or, je présenterai bientôt à la Société de chirurgie les sept derniers malades auxquels j'ai pratiqué l'extirpation totale du larynx; tous ont guéri sans me donner une minute d'inquiétude; ils n'ont présenté qu'une réaction thermique insignifiante; ils n'ont pour ainsi dire pas eu de choc; ils se sont défendus sans la moindre défaillance. Et cela, j'en suis convaincu, à cause de l'ouverture préalable des voies aériennes, réalisée trois semaines ou un mois avant l'acte opératoire décisif.

Cela dit, comment aborder les tumeurs du pharynx qui sont inattaquables par les voies naturelles ?

Je parlerai d'abord de celles qui occupent l'isthme du gosier. Ici une nécessité s'impose : lever l'obstacle mandibulaire. Sans cela, il n'y a pas de pharyngectomie possible. Hartmann dit : « Il faut admettre le principe de la résection définitive d'une partie du maxillaire inférieur. » Je ne suis pas de l'avis d'Hartmann. Il y a là une mutilation grave et tout à fait inutile. Je reconnais, comme lui, que les sections latérales, angulaires ou parangulaires de la mandibule combinées à des déplacements osseux temporaires donnent un jour insuffisant et ne permettent pas une large pénétration dans la cavité pharyngée. Mais ce n'est pas la section angulaire qu'il faut pratiquer. C'est la section médiane ; la section médiane, telle que la pratiquait Sédillot, mais dans un tout autre but.

Sédillot séparait par le milieu la mandibule et portait en abduction les deux moitiés de l'os ; il enlevait ainsi la langue et le plancher de la bouche. C'est une tout autre chose qu'il faut demander ici à l'ostéostomie symphysaire ou parasymphysaire de la mâchoire. Et ce quelque chose, c'est la mise à découvert de la cavité pharyngée. Or, quand la mandibule est coupée par le milieu, si on sépare l'une de ses moités des attaches qu'y prend le plancher musculaire de la bouche, on arrive à réaliser sur elle une telle élévation que le pharynx est mis tout à fait à nu. C'est sur ce tout petit point de physiologie articulaire dont il vous est facile de vérifier l'exactitude sur la pièce que je vous présente ici, qu'est précisément basé mon procédé d'oro-pharyngectomie. Voici comment je procède :

Je fais l'incision pré-sterno-mastoïdienne de la découverte de l'artère carotide externe, et je lie cette artère après extirpation des ganglions. Sur cette première incision j'en fais tomber une seconde qui se dirige en avant, entre l'os hyoïde et le bord inférieur de la mâchoire, et qui, ayant atteint la ligne médiane, remonte jusqu'à la lèvre inférieure. J'incise le plancher mylo-hyoïdien sous la mâchoire, et je sectionne la mâchoire entre les deux incisives médianes ou bien entre l'incisive médiane et l'incisive latérale.

Je relève la glande sous-maxillaire ou bien je l'extirpe avec les ganglions de la loge, je coupe le tendon du digastrique et le stylo-hyoïdien. Enfin, j'incise le pharynx dans la région postérieure de l'artère linguale. Par la brèche ainsi faite, j'introduis l'index gauche dans la cavité de la bouche puis dans la cavité buccale. Cet index ressort sous le menton, par l'orifice agrandi dans lequel la scie à chaîne a pénétré, et, sur lui qui me sert de conducteur, je sectionne aux ciseaux toute l'épaisseur de parties molles qui,

d'arrière en avant, doublent la paroi latérale du pharynx d'abord et le plancher de la bouche ensuite. Alors la mandibule peut être, sans le moindre effort, relevée extraordinairement, avec ou sans abduction ; tout le champ de l'oro-pharynx se découvre et s'offre à l'opérateur, que ne gêne plus aucun obstacle et qui peut, sans la moindre difficulté, réséquer ce qu'il convient de la paroi pharyngée, de l'amygdale, du voile palatin, de la langue.

Si l'on veut atteindre, par ce procédé, un processus développé dans le laryngo-pharynx, il n'y a, en utilisant l'incision de la ligature carotidienne, qu'à sectionner verticalement la paroi pharyngée derrière la grande corne de l'os hyoïde et derrière la lame du thyroïde en accrochant, en attirant vers soi cet os hyoïde et ce cartilage thyroïde, ce qui est très facile, et ce qui tend, en la rapprochant, la dite paroi.

Restauration pharyngée, comme de besoin; restauration du plancher buccal; suture mandibulaire.

Cette pharyngotomie latérale avec symphyséotomie mandibulaire lorsqu'on la continue par une pharyngotomie rétro-thyroïdienne pour aborder les néoplasmes du seul carrefour aéro-digestif, constitue une plaie trop vaste par rapport au but qu'on se propose; ainsi agrandie, elle est applicable seulement aux cancers qui s'étendent de l'isthme du gosier à la bordure laryngée et, proprement, occupent l'oro et le laryngo-pharynx.

C'est par une autre pharyngotomie que j'aborde les tumeurs du carrefour aéro-digestif.

La pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne ne donne vraiment pas abord dans la cavité du pharynx; elle laisse au-dessus du champ opératoire l'épiglotte et ne découvre, en total, que le vestibule laryngé ou, plutôt, la couronne festonnée de ce vestibule. Tout autre est la pharyngotomie sus-hyoïdienne, la pharyngotomie de Jeremich, qui pénètre en pleine cavité pharyngée mais qui, seule, constitue, même si elle est bilatérale, une brèche tout à fait insuffisante.

C'est pour cela que j'ai imaginé l'opération suivante qui est une combinaison de la pharyngotomie sus-hyoïdienne (unilatéralisée pour la circonstance) avec la pharyngotomie rétro-thyroïdienne que nous avons déjà décrite, mon maître Quénu et moi. Voici comment je procède.

Je lie la carotide externe et j'extirpe les ganglions. Sur l'incision cutanée de cette ligature, je fais tomber d'avant en arrière une seconde incision transversale qui part à peu près de la ligne médiane et passe au-dessus du corps et de la grande corne de l'os hyoïde. Je sectionne dans toute l'étendue de cette seconde plaie les plans qui me séparent de la cavité pharyngée et, très rapidement,

je pénètre dans celle-ci. J'amène alors avec l'index introduit dans le pharynx la corne de l'os hyoïde et la lame de cartilage thyroïde, que j'accroche par son bord postérieur du thyroïde. Je fais sur la paroi ainsi tendue par traction une incision verticale qui, derrière la grande corne, rejoint l'ouverture transversale du pharynx et descend ensuite autant que de besoin. Un écarteur à griffe cramponne la lame thyroïdienne, la redresse et offre au chirurgien, ainsi que vous pouvez le voir sur cette pièce, l'épiglotte, la région aryténoïdienne, les replis aryténo-épiglottiques et la vallécule. Ce matin j'ai enlevé par ce procédé facile qui donne beaucoup de jour un épithélioma de la « dalle du cou » dans des conditions excellentes ; j'ai dû réséquer et j'ai réséqué avec la plus grande aisance une bonne moitié de la lame du thyroïde.

Restauration, suture et drainage, suivant les nécessités.

Je me résumerai de la manière suivante :

Epithéliomas de l'arrière-bouche : pharyngotomie sous-mandibulaire avec symphyséotomie médiane après ligature de la carotide externe. Epithéliomas du carrefour aéro-digestif : pharyngotomie sus-hyoïdienne unilatéralisée avec pharyngotomie rétro-thyroïdienne après ligature de l'artère carotide externe. Epithéliomas étendus de l'arrière-bouche au carrefour aéro-digestif : pharyngotomie sous-mandibulaire avec symphyséotomie combinée à la pharyngotomie rétro-thryoïdienne.

Tels sont mes deux procédés ; je les crois originaux et personnels. En tout cas, ils sont commodes et utiles, ce qui est le principal.

M. Monod. — A propos du procédé de Sédillot — section du maxillaire sur la ligne médiane — que M. Sebileau emploie dans son opération, je rappellerai que cette section a été très redoutée, comme exposant à la non-consolidation du maxillaire. Si je me souviens bien, Farabeuf, en particulier, s'est fortement élevé contre cette pratique (1). Je demanderai donc à M. Sebileau si, chez ses opérés, la consolidation s'est bien faite.

M. Picqué. — Je tiens à rappeler, en réponse à ce que vient de dire M. Monod, la pratique que mon maître, M. Richet, m'avait enseignée à l'Hôtel-Dieu.

(1) « Il me semble que cette opération préalable n'est pas permise et que « c'est faire payer cher au malade une aise dont on peut se passer » (Farabeuf, *Man. de méd. opérat.*, Paris, 4e édition, p. 963). — Il est vrai que cette phrase ne s'applique qu'aux ostéotomies faites pour ablation de cancers de la langue ou du plancher buccal, et que Farabeuf ajoute que cette non-consolidation tient surtout à l'impossibilité où l'on est de réaliser l'asepsie des plaies de cette région.

Il avait modifié le procédé de Roux-Sédillot en préconisant une incision verticale, un peu en dehors de la ligne médiane et présentant une légère obliquité.

J'ai toujours vu cette section suivie d'une réunion très rapide; moi-même j'y ai eu constamment recours et j'ai pu souvent faire constater à mes élèves que la réunion était déjà solide au bout de la première semaine.

M. MONOD. — C'est pour provoquer la réplique de M. Sebileau, appuyée ce que vient de nous dire M. Picqué, que j'ai pris la parole, pour qu'il fût répondu d'avance aux objections qu'aurait pu soulever la remise en honneur de la section du maxillaire sur la ligne médiane. Il est probable d'ailleurs que l'application, aujourd'hui courante, des précautions aseptiques, contribue à rendre plus rares les non-consolidations. J'ajouterai que la crainte dont j'ai parlé en était autrefois telle, que l'on avait recours non seulement à la section oblique recommandée par Richet, mais aussi à la section en tenon, ce qui montre bien que les faits de non-consolidation ont dû être autrefois fréquents.

Rapport.

Un cas de méningite otitique suppurée de la fosse cérébelleuse : ponction lombaire positive. Antro-atticotomie et incision durale dans la même séance. Guérison, par M. ANDRÉ LAPOINTE.

Rapport par M. F. LEGUEU.

Quelle est la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des complications auriculo-méningées? Quelles sont les indications que celle-ci impose, quand elle est positive, à l'action thérapeutique? Telles sont les deux questions qui sont soulevées par une intéressante observation que M. Lapointe nous a lue récemment.

Vu son importance, je la rapporte intégralement; j'y joindrai quelques réflexions :

OBSERVATION. — Mme F..., 21 ans, entre, le 8 avril 1906, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Florand, pour des accidents aigus survenus au cours d'une otite chronique droite.

L'oreille coule depuis trois ans sans avoir jamais été traitée. En septembre 1905, survint une crise douloureuse de quelques jours, coïncidant avec une diminution notable de l'écoulement. Puis, l'otorrhée se rétablit, et la douleur disparut.

Le début de la crise actuelle date de quinze jours environ. A la suite

d'un refroidissement, les douleurs reparurent irradiées dans tout le côté droit de la tête. Un médecin, consulté, aurait constaté de la fièvre et des frissons, et prescrit, sans résultat, des compresses chaudes derrière l'oreille et des lavages du conduit à l'eau oxygénée.

Depuis deux jours, les accidents se sont aggravés. La malade a dû prendre le lit et la céphalée s'est compliquée d'une rachialgie intense.

M. François, interne du service, voit la malade, et la fait passer dans le service de M. Legueu, où je suis appelé d'urgence.

L'écoulement de l'oreille droite est à peu près le seul signe constaté par l'examen local; il n'existe aucune modification extérieure de la région temporo-mastoïdienne; les téguments de l'apophyse ne présentent pas trace de rougeur ni d'œdème, et la pression ni la percussion de l'os n'éveillent la moindre sensation douloureuse.

La malade est très abattue, somnolente; elle reste immobile dans son lit, couchée en chien de fusil sur le côté gauche. Pourtant, elle saisit nettement toutes les questions et y répond clairement, quoique lentement. Aucune diminution de l'acuité auditive. Pas de nystagmus, ni de paralysie oculaire; les pupilles se contractent bien, avec un peu de myosis à droite. La nuque est raide, et la malade accuse une céphalée à prédominance occipitale nette, mais elle se plaint surtout de souffrir dans le dos, le long du rachis. Aucune trace de paralysie ni de contracture des membres; les réflexes tendineux ne sont pas modifiés; pas de signe de Kernig. Enfin la malade n'a pas été à la selle et a vomi deux fois depuis quarante-huit heures.

Température, 38°4; pouls, 92, régulier, mais dur.

Une ponction lombaire pratiquée par M. François a donné les résultats suivants : tension normale; liquide très trouble, d'aspect purulent. Après centrifugation, culot épais, formé presque uniquement de polynucléaires (95 p. 100 contre 5 p. 100 de lymphocytes). La coloration au bleu de méthyle et au violet de gentiane sur lames ne montre aucun microbe. La culture n'a pas été pratiquée.

Intervention immédiate sous chloroforme, avec l'aide de M. Molimard, interne du service.

Antrotomie : corticale épaisse et scléreuse. Cavité antrale large, pleine de pus fétide et de masses cholestéatomateuses; résection de la paroi externe de l'aditus et évidemment de la caisse. J'explore attentivement au stylet le plafond de la caisse et de l'antre; l'os n'est pas dénudé, mais, sur la paroi postérieure de l'antre, je constate une perforation de la gouttière sigmoïde, et j'extrais deux petits séquestres pariétaux. Immédiatement, du pus s'écoule, et la curette ramène encore du cholestéatome. Il y a donc un abcès extra-dural contre le genou du sinus. J'agrandis alors la brèche et mets à nu une partie du sinus qui baigne dans le pus. Ce foyer ostéo-dure-mérien étant bien détergé, le sinus paraît sain, et je ne constate à son voisinage aucune trace de perforation durale.

A rès un instant d'hésitation, je ne crois pas devoir m'en tenir là, et je dénude la dure-mère, en dedans du sinus, sur une étendue d'environ 2 centimètres. Une incision durale, pratiquée à ce niveau, donna

immédiatement issue à du pus fétide (deux cuillerées à café environ). Un drain est introduit dans l'incision durale, en dedans du sinus; tamponnement de l'antre à la gaze stérilisée, derrière le pavillon et la caisse, par le conduit auditif.

9 avril : la malade se trouve très soulagée, la céphalée a complètement disparu; le pouls est moins dur; temp., 38°4.

10 avril : la rachialgie persiste encore; pansement; suppuration abondante et fétide; lavage du foyer opératoire à l'eau oxygénée; température, 38 degrés.

11 avril : Temp. matin, 37°2; Temp. vespérale, 38 degrés.

12 avril : Temp., 37 degrés. Ponction lombaire : le liquide s'écoule goutte à goutte. Il est encore nettement trouble. Après centrifugation, culot peu épais, formé presque à parties égales de polynucléaires et de lymphocytes (55 p. 100 de polynucléaires contre 45 p. 100 de lymphocytes). Les colorations sur lames ne révèlent pas de microbes. L'ensemencement a été tenté sur gélose et en bouillon; les deux tubes sont restés stériles.

16 avril : état parfait; l'opérée mange, s'assied dans son lit et lit son journal.

Malgré ma demande, la malade n'est pas revenue à l'hôpital Tenon, et j'ai appris qu'elle était allée se faire panser, du reste très irrégulièrement, dans le service spécial de Saint-Antoine.

Je n'ai pu la revoir que le 17 septembre, cinq mois après l'opération. Son état général est parfait, le foyer opératoire est cicatrisé, mais l'oreille n'est pas encore complètement sèche.

I. A la lecture de cette observation, une première question se pose : quelle était la localisation exacte des lésions? quelle était l'étendue de l'infection? En un mot, que signifie la polynucléose du liquide céphalo-rachidien?

M. Lapointe pense qu'il avait affaire à une méningite circonscrite. Je ne partage pas son avis. La polynucléose, quand elle est aussi intense que dans le cas actuel, est l'expression d'une méningite généralisée.

De celle-ci, la polynucléose est le signe nécessaire mais aussi suffisant; c'est l'opinion de Braunstein (1), c'est aussi celle de Lermoyez; je m'y rallie très franchement.

Cette affirmation cependant n'est pas admise par tous. Pour Stadelmann (2), par exemple, la polynucléose n'indique la méningite diffuse que si elle est associée à des microbes. Schulze (3),

(1) Braunstein. Bedeuteung d. Lumbalponction für die diagn. intracranieller Complicat. der Otitis. *Arkiv für Ohrenheilk.*, t. LIV, 1902, p. 7.

(2) Stadelmann. Ueber Lumbalponction. *Berl. klin. Wochensch.*, 1897, n° 44.

(3) Schulze. Beitrag zur Lehre der otogenen Mening. *Arkiv für Ohrenheilk.* t. LVII, 1902, p. 281.

Sokolowsky (1), Luc (2) exigent aussi un double critérium cytologique et bactériologique, bien que Hinsberg (3), Kœrner (4), Grossmann et Voss (5) aient vu des méningites circonscrites avec des microbes dans le liquide céphalo-rachidien.

Mais la raison principale sur laquelle M. Lapointe se base pour rejeter la généralisation d'une méningite, c'est que cette prétendue méningite peut guérir. Et nous avons été tellement habitués à voir les méningites incurables, que nous avons beaucoup de peine à sortir de cette doctrine. Mais lorsque nous attendions de la clinique seule des signes qui nous permettaient de reconnaître la méningite, nous ne voyions cette affection qu'à un stade tardif et où l'extension et la gravité des lésions ne lui permettait plus de guérir. Actuellement, avec d'autres moyens, nous pouvons dépister l'infection méningée de bonne heure. Bien avant que des signes cliniques en témoignent, nous les observons à une phase où elles peuvent guérir. Et je ne crois plus que nous puissions nous baser sur la curabilité d'une méningite pour apprécier sa localisation. Je crois plutôt pouvoir me servir de ces faits pour affirmer que des méningites généralisées peuvent guérir et guérissent quelquefois. L'observation de M. Lapointe en est un nouvel exemple.

M. Lapointe, qui ne put se rendre un compte exact, au cours de l'opération, de la situation précise de l'abcès intra-dural qu'il a ouvert, se demande si la polynucléose ne pourrait à ce point de vue lui fournir une indication. Il ne le pense pas et je partage sur ce point sa déception.

Si, en effet, la polynucléose indique la participation des méninges à l'inflammation, elle ne nous permet pas de dire, ni s'il y a un abcès intra-dural, ni où en est le siège.

Sans doute, et je le sais, du rapport de Chavasse et Mahu (6), des publications de Lermoyez (7), il résulte que la polynucléose du

(1) Sokolowsky. Zur Diagnose und zur Frage der Operabilität der otog. diffusen eitrigen Meningitis. *Arkiv für Ohrenheilkunde*, t. LXIII, 1904, p. 328.

(2) Luc. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., t. XXXI, 1905, p. 478.

(3) Hinsberg. Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis. *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, t. XXXVIII, 1901, p. 126.

(4) Kœrner. *Die otitischen Erkrankungen des Hirns*, etc., 1902.

(5) Voss. Die Heilbarkeit der otogenen eitrigen Meningitis. *Charité Annalen*, t. XXIX, 1905, p. 671.

(6) Chavasse et Mahu. Ponction lombaire; complications endocraniennes des otites. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, t. XXIX, 1903, p. 383.

(7) Lermoyez. Règles opératoires pour la guérison de la méningite purulente aiguë généralisée. *Presse médicale*, 22 octobre 1904.

liquide céphalo-rachidien n'existe que dans les cas où le pus siège dans le tissu sous-arachnoïdien. La ponction resterait négative avec les abcès de l'encéphale, avec ceux de l'espace subdural, avec tous ceux enfin dont la suppuration ne s'est pas propagée à la méninge molle.

Mais aussi, très souvent, les abcès cérébraux se compliquent de cette méningite qui se traduit par la polynucléose du liquide céphalo-rachidien; Wicart (1), dans sa thèse, rapporte plusieurs cas de ce genre; Grossmann (2) a publié même un cas de thrombo-phlébite avec liquide trouble et polynucléose.

D'autre part, cette polynucléose s'observe aussi chez des malades qui n'ont d'autre infection qu'une mastoïdite suppurée, puisque la trépanation de l'antre suffit chez eux à faire cesser la polynucléose.

Donc la polynucléose n'est pas nécessairement liée à une collection intra-dure-mérienne, et si celle-ci existe, la polynucléose ne suffit pas, par elle-même, pour dire où elle siège.

L'examen du sang peut, à ce point de vue spécial de la localisation, rendre de grands services, ainsi que l'a montré, après Sebileau, Wicart dans sa thèse.

Mais l'examen du sang n'a pas été pratiqué, malheureusement, sur le malade de M. Lapointe, et nous ne pouvons discuter sur les renseignements qu'il nous aurait donnés. Et dans ce cas particulier où M. Lapointe ne peut préciser, d'après les données de son observation, le siège exact de l'abcès qu'il a ouvert, on ne peut se baser sur la polynucléose pour affirmer qu'il siégeait dans la méninge molle ou dans l'écorce cérébelleuse. L'abcès était intradural, c'est tout ce qu'il était permis de dire.

II. J'en viens maintenant à la question du traitement.

La ponction lombaire fut considérée, il n'y a pas encore bien longtemps, comme une contre-indication formelle à toute opération. Ainsi Braunstein, d'après l'enseignement de son maître Schwartze, écrivait en 1903 : « *On s'abstient de toute intervention chaque fois qu'une ponction positive (polynucléaires) permit d'établir le diagnostic de méningite purulente diffuse.* » A la clinique de Halle, avant de décider une intervention auriculaire, on demandait donc à la ponction lombaire d'éliminer l'infection méningée et, par crainte d'élever inutilement la mortalité de la chirurgie auriculaire, on n'opérait qu'en cas de ponction négative.

(1) Wicart. Les abcès du lobe sphéno-temporal, etc. *Thèse de Paris*, 11 juillet 1906.

(2) Grossmann. Casuistiches zur Lumbarpunction und circonscripten Meningitis. *Arch. f. Ohrenheilk.*, t. LXIV, 1905, p. 24.

Un an plus tard, Schulze, dans un travail sorti de la même clinique, fait déjà quelques concessions. La leucocytose seule ne devrait plus être considérée comme une contre-indication opératoire, mais il vaudrait mieux s'abstenir quand le liquide céphalo-rachidien contient des microbes, car c'est là le signe certain de la méningite diffuse.

L'opinion de l'école de Halle, même avec la formule restrictive de Schulze, n'est plus admise par la majorité des spécialistes. Aujourd'hui, la ponction lombaire, que l'examen bactériologique ait été positif ou négatif, n'est jamais une raison suffisante pour arrêter l'opérateur.

Mais quel genre d'opération a-t-on le droit de pratiquer? On connaît la règle classique : si des symptômes de méningite apparaissent au cours d'une oto-mastoïdite qui n'a pas encore été opérée, il faut s'en tenir à l'évidement pétro-mastoïdien, et n'entrer « d'emblée dans le crâne que si on y est conduit en suivant de proche en proche les lésions. Dans le cas contraire, on n'ira plus loin que dans un deuxième temps, si, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, les accidents encéphaliques ne se sont pas amendés » (A. Broca).

Lermoyez, pour qui la polynucléose est un signe de la méningite purulente aiguë généralisée, écrivait en 1904 : « La première étape de la chirurgie doit s'arrêter à la dure-mère et ne pas la franchir ce jour-là, quelque intense que paraisse être la méningite. » Laurens répétait récemment : « Il faut s'abstenir à tout prix de franchir la dure-mère dans cette première étape opératoire (1). »

M. Lapointe n'a pas suivi ces préceptes. Guidé par la polynucléose et par l'idée de méningite, il a, au contraire, jugé imprudent de différer l'incision durale. Il a trouvé un abcès, l'a évacué : sa malade a guéri, et cette guérison suffirait, après tout, à légitimer sa conduite.

Contre la pratique suivie par M. Lapointe, cependant, deux objections peuvent être faites : l'incision durale est quelquefois *inutile*, elle est peut-être *dangereuse*.

1° Elle est *inutile* quelquefois puisqu'on a vu guérir par le traitement des seules lésions extra-durales de vraies méningites purulentes diagnostiquées par la ponction lombaire. Je ne l'ignore pas.

Mais, parfois aussi, l'amélioration n'est qu'apparente, comme chezce malade dont Caussade publiait récemment l'observation (2),

(1) Georges Laurens. *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, 1906, p. 320.

(2) Caussade, Wicart et Miht. Les abcès du cerveau d'origine otitique. *Bulletin médical*, 1906, n° 89, p. 993.

et chez lequel la polynucléose du liquide céphalo-rachidien s'améliora avec tous les signes cliniques à la suite de l'ouverture de la caisse et de l'évacuation d'un abcès extra-dural. Il mourut subitement d'une hémorragie cérébrale et, à l'autopsie, on trouva un abcès non ouvert, et que l'intervention aurait trouvé si elle avait été plus profonde.

De même, Hinsberg (1) a publié une observation très suggestive qui prouve qu'un foyer mal éteint peut se rallumer brusquement. Les signes méningitiques avaient cédé après traitement du foyer auriculaire, sans incision durale : un mois plus tard, retour des accidents et mort. L'autopsie montra un foyer ancien et circonscrit de méningite rétropétreuse, point de départ d'une suppuration diffuse des méninges. Hinsberg (2) n'a-t-il pas le droit de penser que l'incision durale aurait offert plus de garantie que le simple évidement contre l'évolution fatale? Dans un travail récent (3), cet auteur revient sur l'utilité de l'incision durale à une date aussi voisine que possible du début des accidents, et Kümmel défend à son tour cette pratique, toujours meilleure que celle de l'expectation.

2° Mais l'incision durale n'aurait-elle pas l'inconvénient d'être *dangereuse*? « Car l'incision la plus minime de la dure-mère est un acte bien autrement grave en ses conséquences possibles que ne l'est une craniotomie étendue (Lermoyez). »

Sans doute, l'ouverture des méninges saines dans un foyer purulent ne serait pas dépourvue d'inconvénients.

Mais quand il y a polynucléose intense, l'erreur ne saurait exister : il y a sûrement méningite, et la pratique qui consiste à inciser la dure-mère au-dessus du point où l'abcès sous-dural a montré le maximum des lésions est-elle plus dangereuse que l'expectation? Je ne le crois pas : elle me paraît même plus conforme à la gravité des circonstances.

Ici l'examen du sang sera très utile, combiné à l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la localisation. Mais à elle seule la polynucléose intense du liquide céphalo-rachidien nous permet de soupçonner des réactions méningées bien avant l'heure où les signes cliniques nous permettraient de le reconnaître, et, à ce titre, elle peut donc nous permettre de modi-

(1) Hinsberg. Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis. *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, t. XXXVIII, 1901, p. 126.

(2) Hinsberg. Zur operativen Behandlung der eitrig. Mening. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1905, t. L, p. 261.

(3) H. Kümmel. Die operative Behandlung der eitrigen Mening. *Arkiv für k in. Chirurgie*, 1905, t. LVII, p. 930.

fier une règle de conduite basée sur les incertitudes de la clinique.

Messieurs, je vous propose de publier intégralement l'observation de M. Lapointe, de le féliciter de son initiative et de le remercier de sa communication.

Présentations de malades.

Fracture des deux premiers métacarpiens.

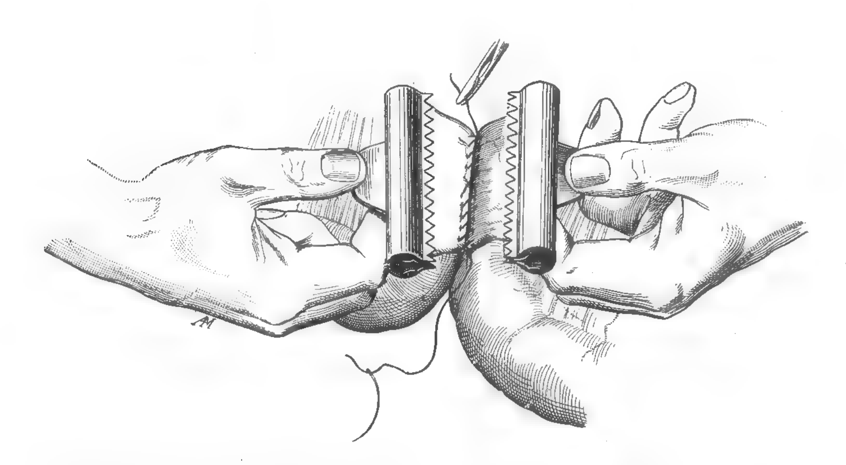
M. Omeredanne. — Fracture des deux premiers métacarpiens, par flexion directe due à un retour de manivelle.

M. Tuffier. — Deux arthrites suppurées du poignet guéries par la méthode de Bier.

Présentation d'instrument.

Obturateur intestinal.

M. J.-L. Faure. — Messieurs, le professeur A.-M. Petroff, chirurgien en chef de l'hôpital Alexandre, à Sofia, m'a prié de vous



présenter un obturateur intestinal qu'il a fait construire et qui me paraît avoir certains avantages.

Il est destiné, après la section totale de l'intestin, à oblitérer complètement sa lumière et à prévenir en même temps toute

souillure venant de la cavité de l'intestin. Comme il est facile de s'en rendre compte par le dessin ci-joint, cet instrument permet d'exécuter facilement et sans risque de contamination des mains et du champ opératoire le surjet séro-séreux-postérieur au cours d'une anastomose intestinale, que celle-ci soit termino-terminale ou termino-latérale.

Présentation de pièce.

Décollement épiphysaire du radius droit à l'âge de huit ans. Absence d'immobilisation. Arrêt de développement du radius. Main bote valgus.

M. CHAPUT. — Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans entré pour une autre affection à l'hôpital Lariboisière.

Il présente une déviation marquée de la main droite sous le bord radial.

Il raconte qu'à l'âge de huit ans il a fait une chute sur la main droite.

Le médecin appelé ne constata pas de fracture et ne posa pas d'appareil.

En grandissant, sa main se dévia progressivement en dehors.

Actuellement. — L'avant-bras droit est bien musclé, mais il est très raccourci.

La main est fortement inclinée sur le bord radial, avec lequel elle forme un angle presque droit.

Le bord radial de l'avant-bras est anormalement concave; le bord cubital est plus convexe que normalement.

L'extrémité inférieure du radius paraît absente et la styloïde radiale ne se distingue pas.

La tête du cubitus, ainsi que la styloïde cubitale, sont hypertrophiées et très saillantes.

Les mouvements de flexion et d'extension de la main sont peu gênés.

Le mouvement d'inclinaison sur le bord radial est très augmenté. L'inclinaison cubitale est presque nulle et n'arrive pas même à la direction rectiligne.

La pronation et la supination sont très gênées.

Mensurations. — *Radius droit*, 17 cent. 5; *gauche*, 25 centimètres.

Cubitus droit, 27 centimètres; *gauche*, 26 cent. 5.

Radiographie. — L'axe du médius forme avec celui de l'avant-bras un angle obtus ouvert en dehors.

L'extrémité inférieure du radius est réduite à une hauteur de 1 centimètre environ.

L'ancienne épiphyse surplombe de 1 centimètre et demi en dedans le bord interne de la diaphyse radiale.

Elle est nettement subluxée en dedans.



En dehors, une crête osseuse marque la limite inférieure de la diaphyse.

La styloïde radiale n'existe pas.

La surface articulaire radiale est très augmentée dans le sens transversal. Elle mesure environ 4 centimètres.

Elle regarde en bas et en dehors.

L'extrémité inférieure du cubitus descend de 2 centimètres et demi au-dessous de celle du radius.

Le carpe est subluxé en dehors, à ce point que la petite tête cubitale déborde complètement le profil externe du pyramidal.

La styloïde cubitale est massive et volumineuse.

Une exostose pointue part du côté interne de la tête cubitale et rejoint presque une saillie analogue provenant de l'extrémité inférieure du radius.

Réflexions. — La chute survenue à l'âge de huit ans a produit un décollement épiphysaire du radius qui n'a pas été soigné.

Il en est résulté une ossification prématurée de la ligne épiphysaire radiale inférieure.

D'où arrêt de développement et de l'épiphyse et de la diaphyse radiales qui a entraîné l'inclinaison de la main en dehors avec subluxation du carpe.

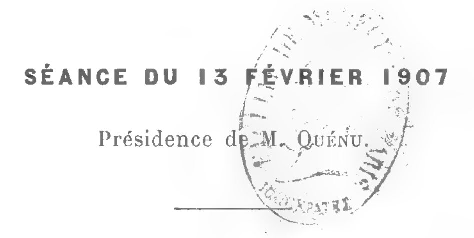
Tandis que le radius droit est plus court que le gauche de 7 centimètres et demi, le cubitus n'est pas retenu par la présence du carpe subluxé; aussi présente-t-il une légère augmentation de longueur d'un demi-centimètre.

L'arrêt de développement n'étant pas constant après les décollements épiphysaires, le fait nous a paru mériter une courte mention.

Le Secrétaire annuel,

H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une note de M. TOUBERT (de Montpellier), membre correspondant, intitulée : *Parallèle entre la septicémie méningée et les méningites suppurées d'origine otitique.*

A propos de la correspondance.

M. POZZI dépose sur le bureau de la Société le deuxième volume de son *Traité de Gynécologie clinique et opératoire.*

M. PICQUÉ dépose sur le bureau de la Société le tome V de la *Chirurgie des aliénés.*

M. le PRÉSIDENT remercie MM. POZZI et PICQUÉ, au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

M. LEGUEU. — Je demande que dorénavant les manuscrits soient renvoyés aux auteurs en même temps que les épreuves.

M. QUÉNU. — Je propose que les auteurs demandent qu'on leur adresse leur manuscrit en même temps que les épreuves.

Lecture.

Parallèle entre la septicémie méningée et les méningites suppurées d'origine otitique,

par M. TOUBERT, membre correspondant.

L'intéressant rapport, lu le 6 février dernier, par M. Legueu, sur une observation de M. Lapointe, a rouvert le débat sur la question de l'intervention opératoire dans les complications méningées des otites et a apporté une preuve nouvelle de la curabilité des méningites d'origine otitique. Mais il y a lieu de se demander quelles sont les conditions de guérison de l'infection des méninges, ou plus exactement quelles sont les formes d'infection qui guérissent.

Je laisse volontairement de côté les *méningites dites séreuses*, que l'on sait être les plus bénignes de toutes, et les *méningites suppurées* proprement dites, analogues à celle opérée par M. Lapointe, bien connues des auristes et des chirurgiens. Je me bornerai à développer quelques réflexions, à propos de deux cas personnels, sur ce que j'appellerai volontiers la *septicémie méningée*.

Nous faisons tous une différence considérable, au point de vue clinique, entre la pleurésie suppurée et la septicémie pleurale, entre la péritonite suppurée et la septicémie péritonéale : je crois légitime et indispensable d'établir la même opposition entre la méningite suppurée et la septicémie méningée.

Voici d'abord mes deux observations.

OBS. I (*résumée*). — *Déjà publiée dans les Archives internationales d'otologie, etc., en* 1905). — B..., vingt-trois ans, soldat au 1er zouaves, entre au Val-de-Grâce le 4 avril 1902, pour une otite aiguë à gauche, datant de cinq jours. Le pus sort facilement par une large perforation du tympan. Le 9, apparaissent des symptômes d'infection géné-

rale et une localisation pulmonaire, râles fins, diffus. La température oscille autour de 38 degrés. Le 15, symptômes cérébraux (céphalée violente, vomissements, nausées, constipation, ralentissement du pouls, mais pas de contractures). La ponction lombaire donne issue à un liquide louche (10 centimètres cubes), riche en polynucléaires, où l'on décèle ultérieurement la présence de diplocoques encapsulés et de diplocoques. Pas de douleurs mastoïdiennes, suppuration auriculaire presque tarie. Température autour de 39 degrés. Le 17, aggravation subite, apparition du signe de Kernig, raideur de la nuque. La famille du malade refuse toute intervention. Le 18, agitation, délire, température atteignant 40 degrés. Mort dans le coma. L'autopsie n'a pu être faite à cause de l'opposition de la famille.

Obs. II (*inédite*). — G..., vingt-deux ans, soldat du génie, entre dans mon service, à l'hôpital militaire de Montpellier, le 16 mars 1906, pour une otite aiguë à droite, datant de quelques jours. L'état général est mauvais, le facies terreux; le 18, surviennent des frissons et la température atteint 40°5. Le 19, je fais un large évidement pétro-mastoïdien, avec l'aide de mon collègue et ami Vallet, mais je ne découvre aucun point osseux suspect sur les faces du rocher ou de la mastoïde répondant à l'endocrâne. Le 20, apparaît le signe de Kernig et se manifeste une rachialgie très violente. Le 21, l'état général s'aggrave : il y a du relâchement des sphincters. J'interviens à nouveau en faisant l'ouverture des fosses cérébrales moyenne et cérébelleuse, incisant les méninges et ponctionnant l'encéphale : il sort un liquide louche, peu abondant à l'incision des méninges encéphaliques, mais la ponction lombaire faite aussitôt après évacue environ 25 centimètres cubes d'un liquide rappelant l'absinthe étendue de moitié d'eau. Décès le 23, dans le coma.

Autopsie. — L'espace céphalo-rachidien est rempli par un liquide verdâtre, très fluide; pas de fausses membranes ; pas de pus concrété. Le squelette de la mastoïde et du rocher, les méninges dures, le sinus latéral ont l'aspect normal.

De l'étude de mes deux cas et de la lecture des observations analogues, parues dans les publications otologiques, résulte pour moi l'impression très nette que la distinction entre la septicémie méningée et la méningite suppurée mérite d'être faite, au triple point de vue : pathogénique, clinique, thérapeutique.

1° *Au point de vue pathogénique*, il semble que, dans la très grande majorité des cas, la méningite suppurée succède aux otites chroniques plutôt qu'aux otites aiguës et qu'elle résulte de *lésions propagées de proche en proche*, que l'on peut suivre à la trace depuis la caisse et l'antre jusque dans les méninges molles, à travers l'os et la dure-mère. Au contraire la septicémie méningée succède volontiers à une otite aiguë et, en outre, dans les cas où l'on a examiné avec attention l'état du squelette pendant

l'opération ou à l'autopsie, l'absence de lésions macroscopiques a été relevée, si bien qu'à défaut d'ostéite constatable on est autorisé à admettre la *transmission de l'infection par voie vasculaire ou lymphatique* ;

2° *Au point de vue clinique*, on comprend aisément que le *tableau classique* des symptômes de la méningite sera à peu près complet quand existeront les lésions anatomiques de la méningite suppurée : la réaction de l'écorce cérébrale (délire, contractures, paralysies), du bulbe (vomissements, troubles cardiaques et respiratoires), de la moelle (troubles réflexes, signes de Kernig, etc.), s'expliquent aisément par l'atteinte locale des méninges. Au contraire, la septicémie méningée donnera lieu plutôt à des phénomènes d'infection générale, laissant à l'état d'*esquisse floue* les symptômes d'ordre nerveux, et il faudra la ponction lombaire pour transformer en diagnostic de certitude le diagnostic de probabilité de l'infection des méninges (liquide trouble, abondant, riche en polynucléaires).

Si on voulait schématiser l'opposition entre les méningites suppurées et la septicémie méningée, on pourrait proposer la formule suivante : infection générale minime, signes nets de réaction méningée locale, ponction lombaire positive = méningite suppurée, tandis que : infection générale intense, signes flous de réaction méningée générale, ponction lombaire positive = septicémie méningée ;

3° *Au point de vue thérapeutique*, la forme classique de la méningite suppurée d'origine otitique, avec lésions propagées par étapes de proche en proche, impose l'*ouverture précoce de la caisse et de l'antre*, puis du crâne et des méninges, les lésions trouvées en route servant de fil conducteur. Il n'en est pas tout à fait de même pour la septicémie méningée. Certes, on doit attaquer le foyer primitif de l'infection d'origine otitique, de même qu'en présence d'un cas de septicémie péritonéale d'origine appendiculaire on doit agir sur l'appendice. Mais il faut encore et surtout faire hâtivement pour la séreuse méningée ce qu'on ferait pour les autres séreuses : ouvrir et drainer ; la *méningotomie précoce* agira dans la septicémie méningée comme la laparotomie ou la pleurotomie dans les septicémies péritonéale ou pleurale. Les médecins savent que la méningite cérébro-spinale à méningocoques guérit fort bien par des ponctions lombaires successives. Pourquoi la rachicentèse répétée, qui réalise en somme un drainage intermittent, ne désinfecterait-elle pas vite et bien la séreuse meningée, le liquide céphalo-rachidien se reproduisant après chaque ponction et diluant ainsi de plus en plus microbes et toxines? Au point de vue drainage, je crois inutile de faire

plus. Kiel a exécuté, sans succès d'ailleurs, le drainage continu après laminectomie. D'autres chirurgiens ont proposé de laver la séreuse méningée de haut en bas, le liquide de lavage pénétrant entre les méninges cérébrales et le cerveau et sortant à la faveur de la ponction lombaire : c'est plus facile en théorie qu'en pratique, sans nul doute.

Pour résumer la conclusion thérapeutique qui se dégage du parallèle entre la septicémie méningée et la méningite suppurée d'origine otitique, je dirais volontiers : dans la septicémie méningée, insister surtout sur la méningotomie hâtive (ponction lombaire répétée), l'intervention sur l'oreille pouvant être différée, provisoirement bien entendu ; dans la méningite suppurée, attaquer de suite le foyer auriculaire, faire l'évidement pétro-mastoïdien large et se comporter ensuite suivant les lésions constatées. L'une et l'autre de ces formes d'infection méningée restent graves, malgré l'intervention, mais la première l'est plus que la seconde et de beaucoup.

Telles sont les réflexions que je soumets à la Société de chirurgie. La question est posée. C'est aux faits cliniques qu'il appartient de la résoudre.

Communication.

L'hyperémie veineuse dans les infections aiguës des membres (squelette excepté) (Méthode de Bier),

par M. TUFFIER.

De très nombreux travaux ont paru à l'étranger depuis la publication de Bier (1) et de celles de ses élèves, Klapp (2) et Schmieden (3). Après avoir lu leurs travaux, j'ai mis en œuvre la méthode dès son apparition, mais les résultats que j'obtenais étaient inconstants et variables ; aussi, m'en prenant à mon ignorance de la technique bien plutôt qu'au procédé, j'ai envoyé à

(1) Bier. *Hyperämie als Heilmittel*, III Auflage, 1906, bei F. C. W. Vogel, Leipzig.

(2) Klapp. Die Saugbehandlung. *Berliner Klinik*, 1906. Heft 212.

— Die Behandlung lokaler Entzündungen durch Stauungshyperämie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1906, n° 7.

(3) Schmieden. Anleitung zur Hyperämiebehandlung, in *Reichs medizinal Kalender*, 1907.

Bonn un de mes élèves. Après plusieurs semaines d'études, M. Durey me rapporta tous les détails bien précis de la méthode, et c'est le bilan des observations de malades correctement traités que je vous rapporte ici. Vous savez que les applications de cette méthode *ont été poussées à l'extrême*, et, les spécialistes aidant, nous finissons par ne plus trouver une affection chirurgicale qui n'ait été soumise à l'hyperémie. Pour mettre un peu de clarté dans des faits si disparates, pour faciliter le contrôle, j'ai procédé par morcellement, et je n'envisage ici que l'application de cette hyperémie aux infections aiguës des parties molles.

Tout d'abord, je dois bien établir que *j'ai suivi fidèlement et absolument à la lettre les procédés décrits*. Je crois, en effet, que si nous voulons démontrer la valeur d'une méthode, il est nécessaire de se conformer très strictement aux préceptes donnés par l'auteur, sans omettre aucun détail, sans substituer aucune manœuvre, aucun procédé, aucun instrument à ceux qui ont été préconisés, le tout sous peine d'entacher de nullité les expériences de contrôle. J'ai donc employé les bandes, les instruments, les ventouses et les précautions de la clinique de Bonn.

Cette *technique* étant trop imprécise en France, je me permets de vous la décrire dans tous ses détails, à la demande de plusieurs de nos collègues :

Pour amener l'hyperémie, on se sert soit d'une bande de caoutchouc dont le maniement nous est plus commun, soit d'une ventouse.

La *bande de caoutchouc* qui sert à produire la striction est une bande de 6 *centimètres de large*, d'épaisseur variable, mais dont la plus mince est la plus facile à manier et à graduer, et assez longue pour faire cinq à sept fois le tour du membre. On l'applique toujours *assez loin* de la lésion; ainsi, pour la main, on la place à la partie moyenne du bras; pour le pied, à la partie moyenne de la cuisse. Je vous disais à l'instant que tous les détails d'une méthode sont importants; le choix de la bande de caoutchouc en est la preuve. Au début, j'employais les bandes de chirurgie courante, celles que nous avons dans nos services, et mes résultats étaient médiocres : un érythème rebelle, et souvent de l'acnée, des furoncles, se développaient à son niveau. Ces insuccès et ces accidents tenaient à la composition du caoutchouc employé et à l'épaisseur trop considérable de ces bandes qui les rendent trop puissamment rétractiles. Tout a presque disparu depuis que j'emploie la bande de caoutchouc pur, la feuille anglaise et d'épaisseur minima.

Pour *appliquer convenablement cette bande*, il faut un certain

tour de main; elle ne doit être serrée ni trop, ni trop peu, et c'est là une affaire de tâtonnement, de patience, d'habitude. Les doloires ne doivent pas passer les uns sur les autres, la totalité de la surface étreinte doit avoir le triple de hauteur de celle de la bande. Vous fixez la bande avec une épingle de sûreté. Quand la bande est en place, on doit pouvoir passer facilement le doigt dessous sans qu'il soit serré. Sahli a inventé un appareil qui donne l'enregistrement exact de cette striction; j'ai cet instrument, qui devient une complication inutile dans la pratique. Le malade, du reste, sera le meilleur juge, et vous saurez que la striction est correcte quand elle sera efficace, et cela dès les premières heures.

La bande, appliquée pour un panaris des gaines, au début par exemple, *que ferez-vous au membre*, et comment traiterez-vous la région infectée? Le bras est laissé libre et le malade pourra s'en servir ou le laisser en écharpe, suivant sa convenance. Sur la lésion, au début, *aucun topique* : une simple compresse sèche et stérile, maintenue par une bande. Et c'est bien là le côté le plus curieux et le plus démonstratif de la méthode. Je m'y suis conformé avec d'autant plus de facilité que si l'on ajoute à l'hyperémie l'application de nos procédés habituels de bains chauds ou de pansements humides, les résultats ne sont plus aussi nets et l'efficacité de la bande n'est plus aussi facile à apprécier.

Combien de temps laisserez-vous la bande en place et combien durera le traitement? Les deux éléments sont très variables. D'une façon générale, on laisse la bande en place d'autant plus longtemps que l'infection est plus aiguë, sans toutefois dépasser vingt-deux heures consécutives. Pour un panaris, par exemple, la striction peut durer *vingt à vingt-deux heures* d'abord, puis dix-huit à quatorze s'il évolue favorablement. Dans l'intervalle des séances, le membre est laissé libre et placé dans une position qui favorise la circulation en retour; puis, après deux ou trois heures, le membre ayant repris son volume, sa coloration et sa consistance, la bande est appliquée de nouveau.

Le *nombre des séances* est proportionnel à l'inflammation; on le diminue donc à mesure que l'on avance vers la guérison clinique, mais il est bon de continuer le traitement quelque temps après celle-ci. J'ai eu plusieurs fois des récidives ou des poussées subaiguës légères, succédant à une cessation prématurée du traitement.

La bande est appliquée: comment saurez-vous qu'elle est *correctement serrée*? Après un certain nombre d'essais ou d'applications, vous aurez nettement la sensation de striction suffisante en passant le doigt sous les doloires; mais quand vous débuterez? Je ne puis vous donner qu'un conseil : serrez peu, appliquer la

bande plutôt que la serrer. D'ailleurs, vous aurez un bien meilleur conseiller que moi, c'est le malade lui-même dont le membre atteint présente certains caractères physiques, et dont la lésion même doit offrir une sédation des troubles fonctionnels.

Lorsque vous avez appliqué la bande, *la partie située au-dessous de la striction* doit peu à peu gonfler, s'œdématier légèrement, devenir chaude à la main. Sa coloration doit devenir d'un rouge foncé, et vous apprécierez facilement la différence de température en appliquant ensuite la main sur le membre du côté opposé; si cette coloration est trop violacée, vous avez poussé trop loin la striction; si elle devient livide, le danger est imminent, il faut alors craindre la gangrène. On doit donc avoir un membre qui augmente de volume, qui devient *plus rouge*, *plus chaud* et *œdématié*. Il est bon de connaître ces phénomènes pour ne pas s'en effrayer au début, ils sont nécessaires à la guérison.

Voilà pour le membre, mais *le malade lui-même* vous dira si cette striction est correcte. La bande bien appliquée, *la sédation de la douleur* est le premier signe observé. En quelques heures, elle doit se manifester, et, dans le cas de phlegmon des gaines que nous prenons pour exemple, le malade doit reposer dès la première nuit qui succède à l'application de la méthode. Telle est l'application de la bande sur les membres.

Pour certaines régions spéciales, l'application de l'agent de constriction est un peu différente. Au niveau de l'épaule, de la racine de la cuisse et du cou, on emploiera : pour l'*épaule*, un lien rond en caoutchouc, plein et maintenu par une pince, et il sera maintenu exactement dans l'aisselle au moyen de deux lacs en toile noués sur ce lien et passant, l'un en avant, l'autre en arrière du thorax, et fixés dans l'aisselle du côté opposé; au niveau du pli de l'*aine*, le même lien est appliqué et maintenu de même du côté des lombes par deux lacs; pour le *cou*, un caoutchouc plat de 2 centimètres de large est appliqué comme une jarretière et muni de trois agrafes permettant de serrer plus ou moins.

Accidents dus à l'application de la bande. — Le caoutchouc constitue une enveloppe imperméable qui empêche la sudation; or, la peau est toujours infectée, quelque soin que vous ayez mis à en faire l'asepsie, et on peut voir apparaître, sous la bande, de l'érythème. C'est un inconvénient sérieux, le malade souffre, et, si vous amenez une lymphangite ou une adénite, vous aurez à combattre une deuxième maladie aussi grave que celle que vous voulez guérir. Je crois qu'il se produit là ce qui arrive toutes les fois qu'on recouvre un pansement aseptique d'un taffetas gommé : la transpiration ne peut s'évaporer et les sécrétions septiques, n'étant pas

absorbées, séjournent sur l'épiderme et infectent la peau. Vous pourrez éviter ces accidents, en mettant entre la surface cutanée et la bande de caoutchouc, une *toile légère* ou une couche de poudre inerte qui absorberont les produits de la sécrétion.

J'ai indiqué les accidents de la striction trop ou trop peu serrée. Je n'y reviens pas; dans le premier cas, menace de gangrène, troubles de la sensibilité, troubles trophiques; inefficacité dans le second.

La *ventouse* a un double but, elle fait l'hyperémie passive, et aspire les liquides septiques à l'extérieur. Elle a été connue et employée de tous temps en médecine, mais ici son application est particulière, et elle ne s'applique qu'à des cas spéciaux de suppuration limitée, un abcès du sein par exemple.

Voici comment on procède : au point culminant de la collection fluctuante, on fait une incision, ou plutôt une ponction avec un bistouri; puis, quand l'épanchement est évacué, on applique la ventouse dont le centre correspond au point incisé. Elle reste appliquée pendant cinq minutes, puis on l'enlève, on fait un temps de pose de deux minutes, et on la réapplique. Lorsque toute sécrétion est épuisée, on applique un simple pansement aseptique, puis on fait une nouvelle séance quatre heures après la première, de façon à faire environ trois quarts d'heure d'aspiration dans les vingt-quatre heures. On recommence le lendemain en proportionnant la durée et le nombre des séances à la gravité du cas, et cela jusqu'à la guérison complète. L'inconvénient des ventouses consiste dans la difficulté de leur transport et dans leur fragilité. Leur application me paraît limitée à certains cas. Je crois que l'avenir de la méthode est du côté de la bande de caoutchouc.

Nous connaissons la technique, voyons les *résultats*.

Pour les apprécier, *il faut et il suffit* :

1° Que l'hyperémie veineuse soit appliquée à des cas dont le *diagnostic* soit établi d'une façon nette et absolument précise : la lésion devait-elle évoluer défavorablement? est-elle ou non suppurée? quelle est sa gravité?

2° Qu'elle soit appliquée *seule*, sans l'adjuvant d'aucun autre traitement susceptible par lui-même d'agir favorablement. En un mot, il ne faut le combiner à aucun autre agent thérapeutique. Ce sont là les deux criteriums auxquels j'ai soumis mes observations.

Pour lutter contre ces infections aiguës, nous avions actuellement à notre disposition l'incision et le drainage de Chassaignac, et les applications chaudes permanentes ou intermittentes (bains

ou pansements) qui sont un véritable acheminement vers l'hyperémie passive. La méthode nouvellement proposée doit, pour être viable et acceptable, *donner des résultats supérieurs* à ceux que nous employons.

Voici ce que vous observerez, la bande étant correctement appliquée, *si l'affection n'est pas suppurée*, si le pus n'est pas collecté. Le premier phénomène observé, c'est *la sédation des douleurs*. Elle est constante, elle débute dès les six premières heures qui suivent l'hyperémie, elle est permanente, le malade peut mouvoir le membre, il dort la nuit suivante, et cela est si régulier que j'attribue toujours le défaut d'indolence à une application imparfaite de la méthode. Vous en avez la preuve pendant la durée du traitement : s'il vous arrive d'exercer une striction trop forte ou trop faible, le malade accusera une sensation pénible, un endolorissement ou même une douleur.

Le second fait, le plus constant, mais moins rapidement acquis, c'est la *chute de la température*. Dans les cas très aigus, elle peut être immédiate, c'est une vraie défervescence brusque ; souvent elle demande deux, quelquefois trois jours ; si elle manque ou si dans le cours du traitement elle reparaît après disparition, c'est qu'une complication s'est développée ou qu'une erreur de technique a été commise. J'ai eu plusieurs malades privés un jour de leur bande par une inexactitude dans le service ; la température s'élevait de suite. De même la suppression trop précoce du traitement peut être suivie d'une nouvelle ascension thermique qui témoigne de la persistance de l'infection.

Si la suppuration est collectée, ouvrez le foyer, ou mieux, ponctionnez-le, appliquez une ventouse de forme appropriée, et suivant le mode et la durée que je vous ai indiqués, dans la technique générale. S'il s'agit, par exemple, d'un phlegmon de la main, dès le lendemain la sécrétion de la plaie sera séreuse, peu abondante, les tendons se mobiliseront facilement et cette sécrétion restera telle jusqu'à guérison. Souvent un œdème dur persiste au point où la ventouse est appliquée ; il n'y a pas à s'en préoccuper. Cette aspiration ne vous dispense nullement d'appliquer la bande de caoutchouc suivant la technique habituelle.

J'ai appliqué l'hyperémie passive à un grand nombre d'affections aiguës et banales des membres : panaris, lymphangites aiguës, synovites blennoragiques. Le succès a été constant : sédation de la douleur presque immédiate, chute de la température, résorption des exsudats, à moins qu'un abcès déjà formé n'ait nécessité une ponction et l'application de la ventouse. La durée du traitement, jusqu'à guérison, a été certainement inférieure à celle que donne la thérapeutique par les pansements chauds et la

balnéation. Ces résultats ne sont cependant pas suffisants pour entraîner la conviction absolue, car tous les malades que j'ai ainsi traités auraient guéri par les moyens habituels, et le seul fait qui se dégage de ces observations, c'est l'*efficacité incontestable* de l'application de la bande. Presque tous ces patients n'ont eu d'autre topique local qu'une compresse sèche de gaze aseptique, maintenue par une bande de gaze pour protéger la lésion. C'est donc bien la compression élastique qui les a guéris.

L'efficacité n'étant plus douteuse, voici des faits et des malades traités ou en traitement qui tendent à établir *la supériorité*, dans certains cas incontestables, de l'hyperémie, et c'est à mon avis sur cette question — *supériorité* — que la méthode doit être discutée et est discutable.

J'ai traité avec mon assistant, le Dr Durey, une femme de cinquante ans, *diabétique et cachectique*, pour un panaris du pouce droit. Je vis cette femme vingt-quatre heures après le début des accidents, le pouce était très tuméfié, d'une rougeur livide avec un point grisâtre sous la marge de l'ongle. Étant donnée la teinte blafarde de cette femme, ses 57 grammes de sucre, 1 gr. 50 d'albumine par jour, son amaigrissement antécédent, je regardai la lésion comme très grave. La bande fut appliquée pendant vingt-deux heures le premier jour, elle fut surveillée de près étant donnée la glycosurie; le lendemain, deux heures après l'ablation de la bande, le pouce était moins tuméfié, la rougeur était franche; le surlendemain la rougeur avait diminué; en cinq jours toute tuméfaction et tout œdème avaient disparu, le point blanc grisâtre de suppuration sous-unguéale était absolument sec, corné. La guérison fut complète. A ceux qui ne verraient là qu'un cas d'infection, avec diabète léger, je dédie la fin de cette histoire. Trois semaines après sa guérison, cette femme était atteinte de coma diabétique contre lequel échouèrent tous les efforts de notre collègue Chauffard, et elle mourait présentant pendant les deux derniers jours une double parotidite.

Je puis maintenant vous citer des malades atteints d'affections graves traitées ainsi; ce sont ceux que je vous ai montrés dans la dernière séance.

La *photographie des lésions* avant le traitement, la feuille de température pendant l'application de la bande et le résultat obtenus me paraissent démonstratifs.

C'est d'abord un vieil antiquaire de cinquante-quatre ans, qui est entré salle Ambroise-Paré, n° 6, le 17 novembre, pour une complication très sérieuse d'une plaie de la main droite. Huit jours avant son entrée, il se blessait avec une vieille épée au niveau du

pouce; en quelques jours sa main gonflait, devenait très douloureuse et il se présentait dans l'état suivant que vous pourrez contrôler en partie sur une photographie stéréoscopique ci-jointe. Gonflement énorme en bissac de la face palmaire de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras. La main a l'aspect classique en battoir. La face dorsale est œdématiée, de teinte rouge vineuse, avec maximum de tension à la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. Immobilisation absolue des doigts fléchis en griffes, immobilisation de l'articulation du poignet. Douleur à la pression de la main et de l'avant-bras. Température à 38,2. Le diagnostic de *phlegmon profond des gaines s'imposait.* Je fais mettre et maintenir une simple compresse stérile et sèche autour de la main et on applique la bande de Bier au bras pendant vingt-deux heures. La lendemain, le malade nous dit avoir dormi, ce qui ne lui était pas arrivé depuis cinq jours; la température était à 36,8; le surlendemain le thermomètre marquait 37 degrés le soir, et ce malade ne souffrait plus. Le traitement était continué, le gonflement diminuant, et le 23, c'est-à-dire au 6[e] jour, le point qui était tendu et menaçait de se sphacéler dès le premier jour, à la face dorsale de l'annulaire, est ponctionné et ventousé. Le 25 novembre, les doigts retrouvaient leurs mouvements limités et indolores. Il sortait le 3 décembre, et je vous l'ai présenté le 8 février, n'ayant plus ni douleurs ni gonflement et exécutant des mouvements de tous les doigts.

Voici maintenant un autre malade qui a été atteint d'une arthrite suppurée par plaie de l'articulation du poignet. C'est un homme de cinquante-sept ans qui, le 5 décembre dernier, se fit opérer à la consultation d'un hôpital pour un kyste de la face dorsale du poignet droit; il fut infecté; le soir même, il avait de la fièvre et un gonflement de la main; il revint consulter, on enleva les sutures et on mit un drain, mais le gonflement et les douleurs s'accentuèrent et le 8 on le dirigeait sur notre service, salle Ambroise-Paré, n° 9. Il présente alors tous les signes d'une violente arthrite purulente du poignet, et on pouvait vérifier le bien fondé de ces signes en écartant les lèvres de la plaie; on apercevait au fond les os de l'articulation. La main et le poignet sont considérablement tuméfiés. Sur la partie dorsale de la main, du poignet, du quart inférieur de l'avant-bras, il existe une tuméfaction rouge violacé et chaude, douloureuse, œdématiée, doublant le volume de l'avant-bras. Au niveau du poignet, on constate une plaie ovale, d'où s'écoule du pus et qui est le siège des deux incisions précédentes; la main est dans la position de l'extension sur l'avant-bras avec transport léger vers le bord radial; les doigts

sont fléchis légèrement ; à la palpation on trouve des points douloureux au niveau de l'articulation du poignet. L'introduction d'un stylet permet d'arriver dans l'articulation. A l'examen des mouvements, la flexion des doigts est encore possible, mais sans force. L'écartement des doigts, ainsi que leur extension, est impossible. Les mouvements spontanés de flexion, d'extension, de latéralité du poignet sont abolis, les mouvements passifs des doigts ne sont pas douloureux ; ces mouvements de flexion, d'extension, de latéralité sont très limités ; lorsqu'on mobilise la main, le plus douloureux est celui de la flexion. Arthrite purulente post-opératoire. Pas de ganglions dans l'aisselle, ni de ganglions sus-épitrochléens. Je vous ai montré ce malade après cinq jours d'application de la bande élastique, il commençait à mouvoir ses doigts ; actuellement le poignet et tous les doigts ont retrouvé leur mobilité.

Je pourrais multiplier ces exemples d'infections graves, traitées et guéries ; j'ai pris deux cas typiques, ils suffisent à entraîner la conviction. *Seule la constance des résultats obtenus serait discutable. Dans un très petit nombre de cas, sans en avoir bien compris la raison, nous avons échoué complètement.*

Il est une dernière indication de la méthode que nos succès semblent justifier, c'est *son application à titre préventif* pour combattre les infections presque inévitables ou déjà menaçantes. Il y a là une large voie ouverte aux recherches que je crois fécondes, si nous voulons bien nous souvenir que *dans toute infection chirurgicale, notre rôle consiste à prévenir bien plus qu'à guérir les processus infectieux.* En voici un exemple : Un employé de chemin de fer entre dans mon service, le 18 novembre, pour un broiement de tous les tissus profonds du bras et du coude sans plaie, survenu dans les circonstances suivantes : le bras avait été saisi entre les deux tampons d'un wagon. A son entrée, je constate un gonflement énorme du tiers inférieur du bras et du tiers supérieur de l'avant-bras. La peau est lisse, extrêmement tendue et, à sa surface, on aperçoit deux petites plaques livides de sphacèle. Tous les mouvements spontanés du bras sont impossibles, les mouvements provoqués sont peu douloureux. Profondément, existe une fracture de l'épicondyle et de l'épitrochlée. La température monte à 38,4, je fais appliquer la bande de Bier. Les jours suivants la température tombe, l'œdème diminue, on trouve dans la partie profonde une fluctuation ; une ponction exploratrice en retire du sang, puis tout épanchement a disparu. Pendant ces neuf jours, la bande avait été appliquée environ vingt-deux heures par jour.

De l'ensemble de tous ces faits, je puis conclure que l'hyperémie veineuse par la bande de caoutchouc peut suffire à elle seule à

faire rétrocéder des inflammations aiguës de membres en voie de suppuration; lorsque l'abcès est constitué, elle n'est qu'un adjuvant de nos méthodes habituelles.

Mais *malgré ces avantages* je crois que l'hyperémie veineuse n'aura que des applications restreintes même dans le traitement des inflammations aiguë des membres. Je ne partage pas l'opinion de Schmieden et de Klapp quand ils disent que le traitement par la bande élastique est *ambulatoire*. En réalité, cette proposition me paraît dangereuse pour le malade et compromettante pour la méthode. Appliquer une bande élastique et renvoyer le patient qui ne reviendra que vingt-quatre heures après, est une pratique imprudente. Sans doute on peut lui expliquer que s'il n'est pas soulagé par le traitement, que si la peau devient blanche, que si le gonflement est trop rapide, il devra lever la constriction. Mais ce sont là des symptômes dont la marche, la gravité, l'intensité ne sont pas facilement appréciables pour un malade, et les phénomènes douloureux sont très variables suivant les sujets. Pour toutes ces raisons, je pense que le traitement ne peut être abandonné au malade qu'après plusieurs jours d'observation et de surveillance attentive. Ces inconvénients constituent à coup sûr une grosse infériorité de cette méthode sur l'hyperémie par les bains et les pansements chauds et humides.

Aussi, je crois que *si la surveillance ne peut être observée*, il vaut mieux une bonne incision et les applications d'eau chaude qu'une striction élastique. — J'en dirai autant pour les suppurations superficielles bien collectées, franches. Mais dans les arthrites, les synovites, les foyers difficiles à désinfecter, je crois à l'indication de la méthode de Bier. Mais je ne saurais trop répéter qu'elle ne va pas à l'encontre des autres méthodes chirurgicales : elle est un adjuvant utile, voilà tout.

Enfin les *détails du traitement* ont tous leur importance; il faut les observer pour conduire le malade à la guérison, et leur multiplicité nécessite une longue et patiente attention; peut-être cette attention scrupuleuse, cette observation soigneuse, inhérente à toute méthode nouvelle, apporte-t-elle un appoint sérieux dans nos succès. Ces réserves faites, il me paraît certain que la thérapeutique chirurgicale possède dans l'hyperémie veineuse par la bande de caoutchouc un agent utile, efficace, dont l'emploi peut rendre de grands services à côté du traitement par l'eau très chaude en bain permanent ou en pansement humide; elle facilite et hâte la guérison, sans supprimer l'action chirurgicale directe.

M. Kirmisson. — Je puis, en partie du moins, répondre à la question posée par notre collègue M. Monod. Après avoir été lar-

gement appliquée, au début, à la tuberculose osseuse et articulaire, la méthode de Bier est aujourd'hui reconnue peu avantageuse en pareil cas,

M. MAUCLAIRE. — Au point de vue de l'application de l'hyperémie veineuse pour le traitement des tuberculoses articulaires chroniques, je dirai que je l'ai essayée dans une dizaine de cas — croyant suivre la technique spéciale — avec une simple bande d'Esmarch. Je n'ai pas eu d'amélioration appréciable.

J'ai employé cette méthode avec aussi peu de succès pour une arthropathie tabétique du genou, pour des calculs variqueux, pour une résection du genou avec légère mobilité. Dans ce dernier cas, la mobilité s'est au contraire aggravée, quoique l'hyperhémie ait été conseillée pour le traitement des pseudarthroses. Il est vrai que depuis j'ai vu que l'hyperémie veineuse est également employée contre les raideurs articulaires et ankyloses fibreuses.

M. CHAPUT. — J'emploie en grand la méthode de Bier pour le traitement de la tuberculose des membres.

J'ai présenté ici même quatre ou cinq cas de guérisons très intéressantes.

J'ai souvent employé cette méthode pour des cas désespérés plus justiciables de l'amputation que de toute autre méthode. J'ai guéri plusieurs de ces malades et j'en ai conservé un grand nombre à l'état stationnaire depuis près d'un an. Un seul a été amputé.

Je suis également très satisfait de la méthode de Bier pour les plaies atones et torpides — pour des épanchements sanguins — pour obtenir la consolidation tardive des fractures — pour la tuberculose de la peau. Pour les infections aiguës mon expérience est très limitée.

J'ai eu personnellement un furoncle du cou-de-pied, pour lequel la méthode de Bier ne m'a donné qu'une aggravation des douleurs. Un malade atteint d'une synovite septique aiguë suppurée a été traité par l'incision large et la compression de Bier; malgré ces précautions la situation s'aggrava.

Je dus fendre les gaines de bout en bout, sans plus de succès.

Les accidents ne s'amendèrent qu'avec un drainage transcarpien.

Toujours est-il que les cas de M. Tuffier me paraissent très intéressants et me donnent envie de reprendre l'emploi du Bier pour les infections aiguës.

Rapport.

Sur la rétraction haute des parties molles dans les amputations de la cuisse ou de la jambe, et sur les moyens de l'obtenir,
par M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Rapport par M. LEJARS.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin inspecteur général de l'armée, nous a adressé un important mémoire, intitulé : De la rétraction haute des parties molles dans les amputations de la cuisse et de la jambe, et des moyens de l'obtenir; le travail a eu pour point de départ l'étude du rétracteur métallique de Percy, et nous allons y revenir, mais M. Dujardin-Beaumetz ne s'est pas borné à l'exposé de cet instrument, qu'il a, du reste, heureusement perfectionné : il se livre à une discussion intéressante du type d'amputation qui convient le mieux dans la pratique de guerre, et nous trouvons un réel intérêt à le suivre dans l'exposé de ses considérations. Ce sont là des questions qui s'imposent aujourd'hui à l'attention commune des médecins, et l'on ne saurait oublier, non plus, que les conditions si particulières de la pratique de campagne se retrouvent, même en temps de paix, dans certaines circonstances et certains milieux, et qu'en somme, ce que nous devons ici chercher à définir, c'est l'amputation d'extrême urgence et sa technique la meilleure.

Je sais bien que les amputations sont devenues rares, entre nos mains, et, spécialement, que le traitement conservateur des grands traumatismes des membres, finalement admis aujourd'hui, a restreint beaucoup le nombre des exérèses immédiates; l'amputation n'occupe plus qu'une place assez modeste dans les préoccupations des chirurgiens, et la littérature chirurgicale des dix dernières années ne comporte guère que des travaux ayant pour objet l'amélioration fonctionnelle de certains moignons, et les moyens de leur assurer une résistance suffisante à l'appui direct. Il est permis de penser, d'après l'expérience des dernières campagnes sud-africaines et mandchouriennes, que, dans la chirurgie de guerre, et par suite des effets de la balle moderne, on devra aussi, beaucoup moins souvent, amputer d'emblée; toutefois, ce serait s'exposer sans doute à des désillusions cruelles que d'étendre trop loin cette conclusion et de faire trop de fond sur la bénignité de la balle « humanitaire », et, d'autre part, l'on ne saurait

oublier la gravité extrême des plaies d'artillerie et les lésions considérables que produisent, à l'heure présente, les projectiles de canon : le fait a été démontré maintes fois au cours des deux dernières guerres. « Ce n'est donc pas être réfractaire aux idées de progrès, écrit M. Dujardin-Beaumetz, que de croire fermement qu'aux armées il y aura toujours beaucoup d'amputations rendues indispensables par l'effet des gros projectiles, des écrasements, des violences, des accidents de toute nature, de l'inévitable retard dans l'application des moyens pouvant prévenir l'infection des blessures; il faut tenir compte aussi des difficultés du transport des grands blessés, et de cette impitoyable loi du nombre qui ne permet pas de consacrer au pansement d'un seul blessé le temps pendant lequel on pourrait en secourir plusieurs, que ce retard mettrait en danger; la pénurie même des moyens matériels peut obliger à simplifier les choses. Aussi, dans l'appréciation des chances d'une guérison lente et aléatoire par le traitement conservateur et de celles d'une guérison rapide et rendue simple par l'amputation immédiate, sera-t-on, après les grandes affaires, assez fréquemment encore conduit à pratiquer d'urgence des amputations dans les postes de secours, les ambulances qui sont entrées en ligne et dans ceux des hôpitaux de campagne qui, marchant avec le train de combat, arriveront en temps utile sur le champ de bataille. »

Or, il s'agit d'amputations à faire en toute célérité, aussi simplement que possible, et dans des conditions qui, malgré tout, ne répondent qu'imparfaitement aux nécessités de l'asepsie; il s'agit aussi de combiner ces exigences de hâte et de simplicité avec une technique appropriée, à faire de bons moignons, utilisables et indolents. Le procédé circulaire, à longue manchette cutanée, à section haute des muscles, est celui qui répond le mieux, d'après M. Dujardin-Beaumetz, à ces indications; je me permettrai d'ajouter qu'à mon sens, l'amputation circulaire doit être tenue, partout et toujours, pour l'amputation de choix : c'est elle qui, bien faite, donne les résultats les meilleurs et les plus sûrs, c'est elle, surtout, que les jeunes praticiens doivent apprendre à bien faire. Pour dire toute ma pensée, on accorde peut-être trop de crédit chez nous, aux lambeaux musculaires, à la belle tenue primitive des moignons, à leur aspect bien matelassé et amplement fourni. J'ai l'habitude, toutefois, de garnir toujours d'une bonne doublure musculaire la peau de mes moignons, non point que j'en attende rien de durable, mais parce qu'on obtient, de la sorte, une réunion profonde plus complète, et que la vascularisation et la vitalité de la peau sont mieux conservées. Mais l'amputation circulaire se prête parfaitement à cette façon de faire, et ce qui paraît excessif,

c'est le choix de tel ou tel procédé à lambeaux uniquement basé sur la possibilité de garder une épaisse masse musculaire ; et j'ai surtout en vue l'amputation de jambe à lambeau externe, couramment enseignée comme un procédé d'élection, ou, tout au moins, proposée au même rang que la circulaire.

Un point sur lequel insiste M. Dujardin-Beaumetz, c'est la nécessité de faire longue la manchette cutanée ou musculo-cutanée, de donner beaucoup d'ampleur aux parties molles du moignon. Et l'on doit reconnaître que les exercices opératoires sur le cadavre, sur des tissus flasques et inertes, et le but que l'on poursuit d'ordinaire dans ces exercices, à savoir la confection de moignons de belle apparence primitive, n'accoutument guère, en général, à cette pratique, indispensable sur le vivant, d'une taille très large des parties molles. Sédillot insistait sur ce défaut commun des amputations : « En général, écrivait-il, on doit reconnaître qu'on ne laisse presque jamais une trop grande longueur aux parties molles destinées à recouvrir les surfaces osseuses, et que, s'il y a quelques inconvénients à en laisser trop, il y a beaucoup de dangers à n'en pas laisser assez. » Et M. Farabeuf rappelle, de son côté, dans son *Manuel de médecine opératoire*, que, de toutes les amputations dans la moitié inférieure de la cuisse qu'il a vu pratiquer autrefois dans les hôpitaux de Paris, par diverses méthodes, bien peu avaient des parties molles suffisantes. Il y a lieu de se souvenir, sans doute, que la grande cause de ces insuffisances secondaires du moignon mou et de la conicité consécutive, c'est l'infection et la suppuration ; mais, précisément, dans les conditions d'extrême urgence dont nous parlons, dans la chirurgie de guerre, on fera bien de ne point trop compter sur l'asepsie. « Les chirurgiens seront prévoyants, écrit encore M. Dujardin-Beaumetz, en n'escomptant pas la certitude d'une asepsie ou d'une antisepsie éventuellement sommaire, sinon en leur propre personne, en celle des infirmiers, dans leurs instruments, du moins en la personne des blessés dont la complète aseptisation n'est pas moins indispensable à la guérison rapide des plaies ; et ils agiront sagement en donnant à la manchette ou aux lambeaux des dimensions largement suffisantes, pour que, la suppuration survenant, le moignon ne soit pas exposé à devenir conique. C'est bien dans ce cas qu'il importe de couper de l'os le plus qu'on peut, tout en ne coupant des chairs que le moins possible. » Quant à préciser par des chiffres cette longueur de la manchette, quant à l'exprimer en centimètres, comme on l'a fait parfois dans la médecine opératoire cadavérique, cela ne serait qu'un leurre ou un trompe-l'œil ; elle doit, en pratique, « singulièrement varier suivant que la peau est fine ou épaisse, doublée ou non de graisse, que les muscles sont

émaciés ou vigoureux, que les tissus sont ou non œdématiés », ou encore, suivant la hauteur du membre où l'amputation est à faire, et son degré de conicité ; en tout état de cause, M. Dujardin-Beaumetz estime qu'il est utile de donner comme longueur à la manchette la moitié de la circonférence du membre, au niveau de la section osseuse, et cela, d'autant mieux que l'on s'élève davantage vers la racine.

Pour réaliser ces amputations circulaires à très longue manchette, une bonne et régulière rétraction des parties molles devient un point capital et une condition nécessaire, et c'est ainsi que l'emploi des rétracteurs métalliques s'associe étroitement à la technique opératoire que nous venons d'exposer.

Cette question du mode de rétraction des parties molles au cours des amputations et pendant le sciage de l'os est fort intéressante, et M. Dujardin-Beaumetz en relate toute l'histoire. Il semble bien que l'application de la compresse fendue ne date que de la Renaissance : Celse n'en parle pas, et les chirurgiens du moyen-âge, dans leur pratique simpliste de couper au même niveau la peau, les muscles et l'os, n'en avaient point éprouvé le besoin. Dionis en signale l'emploi « par quelques praticiens » et décrit bien leur façon de faire, mais il ne donne nullement son impression personnelle. J.-L. Petit l'utilise et la recommande beaucoup ; il ajoute, toutefois, que « ce moyen simple et naturel n'était pas du goût de tout le monde », et que certains chirurgiens se plaignaient des difficultés d'application du linge fendu, ce qui tenait surtout, d'après lui, à ce qu'ils ne savaient pas le placer. Toujours est-il que les inconvénients de la compresse étaient reconnus par beaucoup d'opérateurs, et que l'on ne tarda pas à rechercher d'autres rétracteurs, plus fermes et mieux agissants; dès 1739, Gooch se servait d'un rétracteur en cuir que, trente-quatre ans plus tard, Bromfield modifiait un peu et dont il précisait la manœuvre. Ce fut Benjamin Bell, qui le premier utilisa un rétracteur métallique, composé de deux demi-cercles, échancrés à leur partie moyenne, pour emboîter l'os, et montés sur un manche à angle droit : chaque demi-cercle était isolé et s'appliquait séparément, de son côté, ce qui devait en compliquer l'emploi. Vers 1799, le baron Percy reprit et transforma cet appareil primitif; il réunit les deux demi-cercles par une charnière latérale, il leur donna une largeur totale suffisante pour recouvrir tout le moignon musculaire, il les incurva légèrement en cuvette, pour faciliter le mouvement de la scie, enfin il les pourvut d'ailettes latérales pouvant servir de poignées, et auxquelles s'adaptaient aussi des courroies. Ainsi constitué, le rétracteur de Percy, dont un modèle est d'ailleurs conservé et a été retrouvé par M. Dujardin-Beau-

metz au musée Orfila, rendit les plus grands services aux armées pendant les campagnes de 1800 à 1807, au moins entre les mains de son auteur et des chirurgiens militaires qu'il dirigeait personnellement. « Ils ne peuvent plus s'en passer, écrit Percy, une fois qu'ils en ont éprouvé l'utilité. » Toutefois, et cela pour des raisons extra-chirurgicales, que M. Dujardin-Beaumetz exprime de façon très curieuse, l'instrument ne trouva pas sa place officielle dans les boîtes de chirurgie, il ne parut guère être employé dans la pratique civile, et, à partir de 1812, il n'est plus cité que pour mémoire.

En 1904, notre collègue M. Monprofit (1) décrivait un rétracteur métallique, dont il se servait depuis plusieurs années, et dont il vantait les bons services. « Jamais, disait-il, on ne voit les lambeaux échapper, venir faire saillie sous la scie et gêner l'opérateur; la rétraction se fait beaucoup plus facilement et plus commodément que par tout autre procédé. Un aide quelconque rétracte admirablement. » Et il ajoutait : « En temps de guerre, ce rétracteur nous rendrait les plus grands services, il permet d'amputer vite et bien, et il est facile à aseptiser comme nos autres instruments métalliques. » Depuis plusieurs années également, notre collègue M. Tuffier avait fait construire un rétracteur du même genre et s'en louait beaucoup.

L'instrument de Percy est le premier type et l'origine de ces divers appareils, et il n'est pas sans intérêt de voir reprise de nos jours, et confirmée dans ses excellents résultats, la pratique du grand chirurgien militaire des guerres de la Révolution et de l'Empire. M. Dujardin-Beaumetz s'est attaché à bien établir cette filiation ; il a tenu aussi à faire revivre le rétracteur de Percy en le modernisant et en le perfectionnant, et il a fait construire le modèle que je vous présente, et qui, plus heureux que son aîné, a été adopté récemment dans la nomenclature générale du service de santé.

Je ne saurais décrire ici l'appareil ni insister sur les détails de sa construction; je ne veux pas, non plus, le comparer aux autres modèles ; je tiens seulement à faire ressortir l'utilité de ces appareils pour la rétraction haute des parties molles, et à montrer que leur emploi devient une ressource des plus précieuses dans ces amputations d'extrême urgence dont nous avons parlé. Avec le rétracteur bien placé et bien manié, on refoule les parties molles aussi haut que l'on veut, on scie l'os en toute aisance, et le dernier temps de l'opération devient, quels que soient la

(1) Monprofit. Un rétracteur pour les amputations des membres. *Archives provinciales de chirurgie*, 1904, t. XIII, p. 420.

musculature ou l'œdème du membre, facile, rapide et sûr. J'ai pu m'en assurer, alors que je tenais moi-même l'appareil, au cours d'une amputation de cuisse et d'une amputation de jambe, que fit M. Dujardin-Beaumetz dans mon service ; il avait fait, quelque temps avant, une autre amputation de cuisse dans le service de M. le professeur Forgue, à Montpellier, dont l'impression avait été toute semblable. J'ai pratiqué moi-même cinq amputations de cuisse, avec le rétracteur métallique; mes aides en ont pratiqué trois, un de mes collègues des hôpitaux, appelé pour le service de garde, en a pratiqué une : tous nous avons été frappés de l'excellent résultat que nous obtenions, de la simplicité et de la célérité de la manœuvre ; il n'y a aucune comparaison à faire avec l'emploi de la compresse, même bien appliquée et bien tendue. J'ajouterai encore que la force de rétraction, et de rétraction uniforme et régulière, que l'on possède alors, permet de faire, même très haut, sur la jambe et la cuisse, l'amputation circulaire, et d'obtenir toujours un ample moignon de parties molles.

Certes, il ne saurait être question, dans une pareille chirurgie, de méthodes exclusives : l'amputation à lambeaux conserve certaines indications, l'usage de la compresse fendue, la rétraction par les mains de l'aide, par des écarteurs de fortune restent seuls utilisables dans quelques cas, et nous savons bien que, sous la réserve capitale de l'asepsie, on peut faire, de la sorte, d'excellentes opérations. Mais nous avons ici en vue une pratique très spéciale : la pratique de guerre, la pratique d'extrême nécessité, où l'amputation doit se faire avec le plus de rapidité possible, dans des milieux mal appropriés, avec des aides souvent novices et même par des mains peu expérimentées encore ; dans ces conditions, il était utile de préciser le type d'amputation le meilleur, le plus simple, le plus généralement applicable : l'amputation circulaire, à longue manchette musculo-cutanée, que l'emploi du rétracteur métallique facilite singulièrement. Tel a été l'objet du mémoire de M. Dujardin-Beaumetz, à qui je vous propose d'adresser les remerciements de la Société.

M. Lucas-Championnière. — Je suis très heureux de voir notre collègue M. Lejars, avec M. Dujardin-Beaumetz, exprimer une opinion que je défends depuis trente ans, à savoir que partout où on peut la faire, l'amputation circulaire est l'opération de choix. C'est elle qui donne pour le présent les moignons les plus fournis et les plus solides. C'est elle qui dans l'avenir donne les moignons les mieux protégés, ceux qui changent le moins, ceux qui sont les moins sujets à des complications.

J'ai toujours soutenu cette opinion à la Société de chirurgie et

j'y ai eu d'autant plus de mérite, qu'étant de ceux qui y ont inauguré la chirurgie sans suppuration, j'ai eu dès le début les plus beaux résultats des amputations à lambeaux, alors que les autres chirurgiens y avaient encore les sphacèles et les rétractions que leur donnait la suppuration et qui faisaient proscrire les lambeaux par beaucoup. Mais ces essais heureux n'ont pas prévalu contre l'expérience que j'ai bientôt acquise.

Quoique l'amputation circulaire soit en quelques manœuvres plus facile que l'amputation à lambeau, et par conséquent infiniment mieux adaptée à la chirurgie d'urgence, elle doit comporter certaines règles sévères, heureusement très uniformes pour tous les sièges d'opération, ce qui constitue évidemment une facilité relative.

Sans entrer dans le détail, je me permets de faire remarquer en passant que je n'adopterais pas l'indication donnée d'une manchette cutanée très longue avec section élevée des muscles.

J'attribuerais volontiers ce précepte de M. Dujardin-Baumetz à ce que sa chirurgie est celle d'avant l'antisepsie, et devait compter avec la rétraction musculaire consécutive à la suppuration.

Pour moi, je conserve dans la circulaire tout ce que je puis conserver des muscles; par conséquent mon incision cutanée et mes incisions musculaires sont presque au même niveau. Ces masses musculaires, qui après une réunion parfaite ne subiront pas de rétraction suppurative, formeront de puissantes garnitures pour l'os ainsi admirablement protégé.

Je fais remarquer aussi en passant que l'ensemble des parties molles conservé doit être considérable, avoir l'air excessif, et les indications données par Farabeuf méritent d'être sensiblement exagérées.

Il faut évidemment pour que l'amputation circulaire donne tout ce qu'elle peut donner, non seulement qu'elle soit faite avec un grand soin, mais qu'elle ne suppure pas; ou bien nous rentrons dans les cas qu'il ne faudrait pas discuter ensemble.

Enfin, en ce qui concerne l'instrument qui nous est présenté, je n'en veux dire ni mal ni bien.

En principe, je trouve inutile d'encombrer la chirurgie d'instruments nouveaux qui n'ont pas une utilité formelle.

Pour ma part, avec deux bons rateaux de Volkman ou des pinces à écarter, je trouve que la rétraction se fait fort bien, même sans la fameuse compresse à deux ou trois chefs. Peut-être cet instrument serait-il apprécié par un opérateur peu entraîné ou mal aidé. Je n'oserais ni le nier ni l'affirmer, mais

je crois que ceux qui sont destinés à faire des amputations font sagement de ne pas s'accoutumer à des instruments qui constituent une complication.

M. Lejars. — Je suis très heureux d'avoir entendu M. Lucas-Championnière vanter la méthode circulaire ; quant à la section des muscles, je suis une pratique toute semblable à la sienne : j'ai voulu dire simplement que la possibilité de conserver un vaste coussin musculaire ne me paraît pas suffisante à faire préférer une amputation à lambeau au procédé circulaire.

Présentations de malades.

Double plaie du poumon.

M. Ombredanne. — Double plaie du poumon. Thoracotomie. Suture du poumon. Guérison. — M. Delorme, rapporteur.

Cancer du vagin guéri depuis dix ans.

M. F. Legueu. — Je vous présente une malade que j'ai opérée il y a dix ans pour un épithélioma pavimenteux lobulé du vagin, et qui est depuis restée sans récidive.

Ce fait exceptionnel présente en outre quelques particularités sur lesquelles je désire attirer votre attention.

Lorsque je vis cette malade, en septembre 1897, elle avait toute la paroi postérieure du vagin envahie par une tumeur végétante et papillaire, qui saignait au moindre contact et se prolongeait dans le cul-de-sac gauche sans envahir l'utérus.

Cette malade avait depuis le mois de mai des douleurs tellement vives qu'elle ne pouvait dormir ni jour ni nuit, et qu'elle se fût suicidée si elle n'avait été soulagée.

L'extension de la tumeur cependant et ces très vives douleurs ne m'engagaient guère à l'opération.

Je fendis la vulve par deux incisions, enlevai tout le vagin avec la paroi du rectum correspondante, poursuivis dans la cavité

pelvienne une grosse masse qui se prolongeait jusque du côté de l'épine sciatique et suturai ensuite le col abaissé à la vulve. Je ne conservais aucun doute sur la perspective d'une très prochaine récidive.

Nos prévisions ne se sont pas réalisées, et après dix ans cette malade est très bien portante.

De ce fait, on trouverait, je le pense, facilement d'autres exemples : mais j'insiste sur ce qu'il s'agit ici d'un cancer du vagin, forme plus grave encore que le cancer de l'utérus.

En outre, il n'est pas mauvais de montrer de temps en temps ce que la chirurgie peut faire toute seule, et surtout de rappeler combien il faut être réservé sur le pronostic à porter en présence d'un cancer, réservé aussi sur la valeur de la sérothérapie, quand elle paraît favoriser la survie sans récidive. Car, si j'avais fait à cette malade autre chose que l'opération, que ne dirait-on pas?

M. Tuffier. — Je laisse dans la présentation de M. Legueu ce qui a trait au cancer du vagin et je ne retiens que le fait d'un *cancer réputé malin et demeuré guéri depuis longtemps*. Je crois qu'il faut dire bien haut que nous ne pouvons pas porter un pronostic certain sur l'évolution post-opératoire d'un cancer quelconque. Son évolution préopératoire permet des hypothèses plus ou moins plausibles, mais rien de plus.

Si je parle ainsi, c'est que ce matin même j'ai revu une malade que M. le professeur Le Dentu avait également examinée il y a onze ans. Elle présentait un cancer du sein avec envahissement de la peau et son avis corroborant le mien était : cancer sur la limite de ce qui est opérable. Malgré cela, ma première opération ne fut suivie de récidive locale que trois ans après. Je l'opérai de nouveau d'un petit noyau cutané, et trois ans plus tard elle subit une nouvelle intervention. L'examen histologique fut fait dans tous les cas; il s'agissait bien d'un cancer. J'ai revu la malade, elle est encore en parfait état général, sans trace de métastase.

M. Richelot. — Je voudrais demander à M. Legueu si le cancer vaginal qu'il a opéré, envahissant la paroi vaginale et le rectum, respectait les culs-de-sac. Si oui, on s'expliquerait à la rigueur que l'ablation ait pu être tout à fait radicale et heureuse dans ses résultats éloignés. Sinon, le fait reste exceptionnel et sans explication quelconque.

Pour ma part, j'ai vu deux cancers du vagin que j'ai pu enlever, en apparence, totalement. Ils occupaient tous deux un des culs-de-sac vaginaux. Ils ont récidivé dans les six mois.

M. MONOD. — Je demanderai à M. Legueu s'il a découvert des ganglions chez sa malade.

M. LEGUEU. — Non, il n'y avait de ganglions appréciables nulle part.

Gangrène du poumon, thoracoplastie.

M. TUFFIER. — Je vous présente un malade qui vient à l'appui de la série d'opérés que je vous ai déjà montrés.

C'est un homme de trente-cinq ans qui à la suite d'une pneumonie avait fait un abcès du poumon devenu par la suite gangréneux. Les signes stéthoscopiques et la radiographie avaient permis de localiser la caverne pulmonaire en arrière et à droite à l'entrée du 3e espace intercostal. Je réséquai les 3e et 4e côtes et trouvai une plèvre épaissie, adhérente, que j'excisai également, rendant ainsi à la paroi thoracique une souplesse suffisante pour lui permettre de s'accoler à la surface du poumon sous-jacent. A la suite de cette intervention la caverne pulmonaire s'oblitéra rapidement et le malade finit par guérir complètement sans pneumotomie.

Tuberculose du sein.

M. MORESTIN présente une jeune femme ayant subi en 1899 l'ablation partielle d'un sein pour tuberculose, demeurée guérie et allaitant son enfant du côté opéré. — M. RICHELOT, rapporteur.

Élections.

Nomination d'un membre honoraire

Au cours de la séance, la Société de chirurgie vote sur la demande d'honorariat de M. Segond.

Cette demande est adoptée par 26 voix sur 27 votants.

Nomination d'une commission pour la revision des statuts.

MM. Berger,
Périer,
Segond,
J. Lucas-Championnière,
Guinard,

sont élus membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,
H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre du président de l'Exposition d'Hygiène de Porto, invitant la Société à participer à ses travaux;

3°. — Une lettre du président du Congrès des médecins et hygiénistes polonais, qui aura lieu à Léopol (Lemberg, en Galicie, Autriche), invitant les membres de la Société à y assister.

4°. — Une note de M. le Dr RENÉ MILLON, demandant l'échange des Bulletins avec la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, dont il est le rédacteur.

A propos de la correspondance.

1°. — M. PICQUÉ présente un mémoire de MM. JEANBRAU et ANGLADE, intitulé : *Etude pathogénique et médico-légale : Rapport de l'appendicite avec le traumatisme.*

Renvoyé à une Commission dont M. PICQUÉ sera rapporteur.

2°. — M. BAZY dépose une observation de M. le Dr SALESSE, médecin principal, chef de l'hôpital de Chambéry : *Appendicite suivie de mort subite post-opératoire.*

M. BAZY est nommé rapporteur.

M. QUÉNU. — J'ai reçu de M. Périer une lettre dans laquelle il me signale que la Commission pour la revision des statuts doit se composer de cinq membres *titulaires*. En conséquence, nous procéderons prochainement à l'élection de quatre membres, l'élection de la semaine dernière n'étant valable que pour M. Guinard.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — Je demande pourquoi nous n'avons pas reçu les Bulletins.

M. Chaput. — Le bon à tirer a été donné dimanche dernier; par conséquent les Bulletins auraient dû être distribués en temps voulu.

Rapport.

Deux cas de torsion intra-abdominale du grand épiploon, par le Dr Lapeyre (de Tours).

Rapport par M. BAZY (1).

M. Lapeyre, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, nous envoie deux observations de torsion intra-abdominale du grand épiploon.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante ans, employé de chemin de fer, ayant une hernie inguinale droite depuis six ans : celle-ci est partiellement réductible.

Brusquement, le 29 avril, en soulevant un colis, il est pris de coliques très violentes dans la fosse iliaque droite ; il rentre péniblement chez lui, réduit autant qu'il le peut sa hernie, mais continue à souffrir et a des nausées.

Le Dr Lapeyre, appelé, diagnostique une épiplocèle étranglée, qu'il opère le lendemain matin.

Le sac ouvert, « l'épiploon apparaît adhérent par endroits, vio« lacé, noirâtre et comme en voie de sphacèle par places ». Toutefois, il ne voit pas d'anneau d'étranglement, et les portions d'épiploon sus-jacentes au trajet inguinal sont aussi malades. En prolongeant l'incision en haut, il finit par tomber sur une portion rétrécie du volume du pouce où l'épiploon est trois fois tordu sur lui-même de gauche à droite.

On lie le pédicule et on résèque la masse, qui pèse 220 grammes.

Guérison.

L'autre cas a trait à un homme de quarante-quatre ans qui, après avoir fait des efforts, a été pris brusquement d'une douleur abdominale en coup de poignard.

Son médecin croit à une appendicite, et après vingt-quatre

(1) Ce rapport était fait avant l'élection de nos correspondants nationaux. Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché de le lire.

heures de repos au lit et de glace, avec absence de gaz, croit à une occlusion, et adresse le malade au Dr Lapeyre.

L'état général est très mauvais. Coliques intenses, vomissements incessants, porracés, pouls 120 à 130. Abdomen tendu, douloureux, avec empâtement de tout le côté droit de l'arcade crurale aux fausses côtes.

Il a bien une hernie droite depuis vingt ans, mais il ne porte plus de bandage et il n'y a rien d'apparent à l'anneau inguinal.

M. Lapeyre croit à une péritonite diffuse d'origine appendiculaire, et, à cause de la gravité de l'état général, décide de ne pas intervenir.

Le lendemain, l'amélioration survenue semble lui donner raison. Mais la douleur n'est pas au point de Mac Burney, elle est plus haut, et toute la moitié droite du ventre est occupée par une tuméfaction diffuse.

L'amélioration constatée fait remettre au lendemain une intervention, si elle est encore nécessaire.

Mais le lendemain, nouvelle aggravation.

M. Lapeyre intervient par une incision verticale latérale.

Il trouve un épiploon épaissi, gros, infiltré de sang, parcouru par d'énormes veines dilatées, baignant dans un liquide hémorragique.

Cette énorme masse épiploïque plonge par sa partie inférieure dans un sac herniaire inguinal droit avec lequel elle a contracté des adhérences multiples.

On les détache, puis prolongeant plus haut son incision, M. Lapeyre tombe sur un pédicule long de 4 à 5 centimètres, de la grosseur du petit doigt, tordu trois ou quatre fois sur lui-même de gauche à droite.

On lie ce pédicule et on enlève la masse épiploïque, du poids de 360 grammes.

Il existe de la péritonite diffuse caractérisée par la vascularisation et la distension des anses intestinales.

Le cæcum et l'appendice sont sains. Drainage, suture.

Après une période d'amélioration de trente-six heures, brusquement la scène change et le malade meurt dans le collapsus, cinquante-quatre heures après l'opération.

M. Lapeyre pense que c'est le retard qu'il a mis à intervenir qui est cause de la mort.

Ce cas est le cinquième seulement qui se soit terminé par la mort, ce qui d'après la statistique dressée par M. Lapeyre ferait une mort sur cinq.

Aux 20 observations publiées dans le travail de Vignard et Giraudeau (*Arch. provinciales de chirurgie*, avril 1903), M. Lapeyre ajoute

trois faits, un de Blake publié à la *Société de chirurgie de New-York*, 11 mars 1903, un de Quénu (*Société de chirurgie*, 20 mars 1903), un de Simon (*Münch. medic. Wochenschrift*, 1905); avec les deux siens, cela fait 25 cas.

De l'étude de ces cas, il semble résulter pour M. Lapeyre que les observations jusqu'ici recueillies se rangent en nombre presque égal dans deux groupes. Dans un groupe, on peut ranger les torsions qui ont donné lieu à des accidents semblables à ceux de l'épiploïte herniaire ou épiplocèle étranglée.

Dans l'autre, les accidents font penser à l'appendicite; il y a donc le type herniaire et le type appendiculaire. Dans la forme herniaire, où il existe une hernie douloureuse, il faudra, pour faire le diagnostic, examiner attentivement la fosse iliaque et la région inguinale profonde, c'est de cette façon seule qu'on pourra éviter une erreur de diagnostic.

L'erreur n'est pas très grave, car, dans l'opération, on est forcément conduit, ainsi que le fait remarquer Quénu, à prolonger l'incision et à enlever toutes les portions de l'épiploon altérées et par suite à remonter jusqu'au pédicule de torsion. Dans la forme appendiculaire, il faut reconnaître que le diagnostic d'appendicite ne satisfait pas complètement l'esprit. Le maximum de douleur n'est pas au point de Mac Burney : il y a d'emblée un empâtement qui n'existe pas aussi rapidement dans l'appendicite, et il n'y a pas de température.

La tendance à la temporisation, que beaucoup de chirurgiens montrent dans les appendicites aiguës, devrait, dit M. Lapeyre, être moins catégorique. M. Lapeyre se reproche d'avoir temporisé et pense avec raison, je crois, qu'une intervention immédiate eût sauvé son malade.

M. Lapeyre étudie les conditions de la torsion intra-abdominale du grand épiploon.

Le rôle de l'effort dans la production de la torsion semble indéniable; de même l'existence d'une hernie inguinale est constante. C'est chez des hommes porteurs d'une hernie inguinale, surtout droite, que se produit, à la suite d'un effort, cette torsion.

De plus, l'épiploon est presque toujours adhérent et il n'y a pas d'intestin dans la hernie.

Il semble que l'épiploon ait besoin de ces deux points d'appui pour s'enrouler sur lui-même comme autour d'une corde.

Sous quelle influence se produit cette torsion? Il est difficile de ne pas penser ici à l'influence que peuvent exercer les contractions intestinales.

En terminant, je vous propose d'envoyer des remerciements à

M. Lapeyre et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste de nos correspondants nationaux, auquel lui donnent droit et ses titres et les nombreux travaux qu'il a envoyés à la Société de chirurgie.

M. J. Lucas-Championnière. — J'ai écouté avec un grand intérêt le résumé des observations de M. Lapeyre, car les faits de torsion de l'épiploon sont intéressants à divers points de vue.

Je ne pense pas pourtant qu'ils soient aussi rares que le dit M. Lapeyre; j'en ai vu plusieurs pour ma part, et je crois bien qu'en s'adressant aux chirurgiens qui ont opéré beaucoup de hernies, il serait facile d'en réunir un nombre infiniment plus considérable que celui qu'indique M. Bazy.

Entre autres faits curieux à étudier à leur propos il y a d'abord la question d'étiologie, et je vous avoue que quelque ingéniosité que l'on ait développée pour donner l'explication du mode de leur formation je n'en connais aucune qui soit satisfaisante.

Je ferai remarquer que l'on conçoit par exemple la torsion d'un organe qui est porté sur un pédicule et qui est un organe mobile.

Il est infiniment plus difficile de comprendre comment se tord le pédicule d'un organe qui est adhérent, fixé de toutes parts. C'est ce que j'ai vu dans mon dernier cas, dont je pourrai apporter le dessin. Il s'agissait d'une hernie inguinale ancienne et volumineuse chez une femme. La torsion était survenue récemment et s'était manifestée par une crise de douleurs qui avait fait dire étranglement. Mais la tumeur dans la grande lèvre était irréductible depuis longtemps et, au-dessous de l'étranglement, de la torsion, l'épiploon était fixé de toutes parts.

J'ai bien réfléchi pour chercher quel pouvait être le mécanisme de cette torsion et je ne me l'explique pas du tout.

Dans les trois cas dont j'ai conservé le souvenir, la guérison s'est faite sans incident.

M. Lejars. — J'ai réuni, pour un travail récent (1), 66 observations de torsion du grand épiploon et je pense, comme M. Lucas-Championnière, que l'accident est beaucoup moins rare qu'on ne l'admet généralement. Les deux cas de M. Lapeyre se rapportent aux deux formes cliniques principales, sous lesquelles se présente la torsion épiploïque : la forme herniaire, caractérisée par une hernie épiploïque, qui devient irréductible et paraît s'étrangler; la forme abdominale, que l'on confond d'ordinaire avec l'appendicite. Or, dans ces derniers faits, le gros volume de la tumeur abdominale devient un élément de diagnostic, et je note que, chez

(1) Les orsions du grand épiploon, *Semaine médicale*, 13 février 1907.

son malade, M. Lapeyre signale que « toute la moitié droite du ventre est occupée par une tuméfaction diffuse » ; le contraste entre une pareille tumeur et d'autre part, les signes réactionnels et la date initiale de l'appendicite supposée, sont de nature à éveiller les soupçons et à mettre sur la voie de l'interprétation exacte; ainsi en fut-il chez mon dernier opéré, qui m'était envoyé, effectivement, pour une appendicite, mais chez qui je trouvai une masse considérable remplissant tout le côté droit du ventre jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et, avec cela, une température presque normale, aucune réaction abdominale, assez peu de douleurs, enfin une hernie inguinale, manifestement épiploïque et irréductible : je fis le diagnostic de torsion intra-abdominale du grand épiploon, et l'opération confirma ce diagnostic. Il arrive, du reste, que tout se passe exclusivement dans le ventre et que l'on ne trouve qu'une hernie vide, ou même pas de hernie.

Quant au mécanisme, sur lequel insistait tout à l'heure M. Lucas-Championnière, je rappellerai qu'on a décrit la torsion entre deux points fixes, l'épiploon adhérent, en bas, dans un sac herniaire, et rattaché, en haut, au côlon transverse, s'enroulant sur lui-même, dans sa portion libre intermédiaire, comme un mouchoir fixé par deux de ses angles. Quelle que soit la valeur de l'explication, un fait demande à être relevé : c'est que, dans ces torsions intra-herniaires, il existe souvent un second foyer de torsion, haut situé, sous-colique; dans deux cas terminés par la mort, l'intervention s'était bornée à réséquer la portion tordue déclive, intra ou para-herniaire, de l'épiploon, et, à l'autopsie, on découvrit une seconde torsion, intra-abdominale, élevée. Cette éventualité vaut la peine qu'on en soit bien prévenu.

M. J. Lucas-Championnière. — J'ai le regret de dire que je ne comprends pas du tout le mécanisme que vient de nous exposer notre collègue Lejars. Je ne comprends déjà pas le mécanisme pour une torsion, je le comprends encore moins pour deux.

Je le répète. Je ne puis m'expliquer comment un organe fixé de toutes parts en bas peut se tordre sur lui-même comme nous le voyons pour les organes très mobiles comme les kystes de l'ovaire à pédicule tordu, et je ne comprends pas comment l'intestin fixé a l'épiploon peut être entraîné dans un mouvement de torsion sans subir une occlusion complète que l'on ne rencontre guère dans les cas de torsion épiploïque.

M. Mauclaire. — J'ai présenté ici en novembre 1903, un cas de torsion intra-sacculaire du grand épiploon chez un opéré du service de M. Picqué, à l'Asile Sainte-Anne. J'avais pensé à une épiploïte herniaire. L'observation a d'ailleurs été publiée en mai

1904, dans la *Revue de chirurgie gynécologique et abdominale*. J'ai réuni alors une trentaine d'observations semblables. Au point de vue du mécanisme, je pense que la torsion autour de deux points fixes n'est pas applicable à tous les cas.

M. Bazy. — Mon rapport était prêt avant les élections pour les places de correspondant national. Je n'avais donc pu lire le travail de mon ami Lejars, et, au début, en disant que j'avais ce rapport prêt depuis longtemps, je ne pensais pas m'excuser par avance auprès de lui.

Quant à l'explication de la torsion, quant au mécanisme de cette torsion, elle ne me paraît pas avoir une grande importance, puisqu'elle n'a aucun intérêt au point de vue ni de la thérapeutique, ni de la prévention des accidents. J'ai fait allusion à l'influence des contractions de l'intestin, et je ne vois à ces torsions d'autres explications que celle-ci: les intestins, en se contractant, chassent l'épiploon transversalement et le font cheminer en avant ou en arrière de la ligne des deux points fixes inférieur et supérieur de cet épiploon, et ainsi est amorcée la torsion, qui est ensuite continuée.

Communication.

Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée,

par M. A. GUINARD.

Je viens d'observer deux pancréatites de forme différente et je désire appeler l'attention sur les infections du pancréas qui, malgré des travaux nombreux, restent encore fort mal connues en France. Je suis convaincu que nombre de cas passent inaperçus et je considère comme un devoir pour tous ceux qui peuvent, avec des faits, mettre en lumière la symptomatologie des pancréatites, de publier leurs observations. Voici d'abord une observation de pancréatite hémorragique que j'ai cliniquement diagnostiquée :

Pancréatite hémorragique. Laparotomie et drainage.

Je suis appelé le 25 janvier 1907, auprès d'un malade de trente-cinq ans, M. M..., dont l'histoire m'est fidèlement racontée par son médecin, le Dr Ertzbischoff. Le 6 décembre 1905, M. Ertzbischoff le voit pour une orchite dont la nature syphilitique ne paraît pas douteuse. Le testicule gauche a le volume d'un œuf de dinde ; rien au cordon, rien à la prostate. Comme le sommet droit du poumon est suspect, on a discuté le diagnostic de tuberculose

épididymaire. Mais le malade attire de lui-même l'attention sur la syphilis pour laquelle il est soigné depuis quinze ans par M. Balzer, de l'hôpital Saint-Louis. Au bout d'une huitaine de jours de repos au lit, M. Balzer fut appelé et conseilla l'usage des pilules de proto-iodure de mercure. Le malade « supportant mal » ces pilules, le Dr Ertzbischoff les remplaça par des injections de benzoate de mercure qu'il fit tous les jours, à partir du 3 décembre. Au cours de ce traitement — exactement le 6 janvier 1907, — le malade est pris « brusquement », après la dixième injection, d'une violente douleur dans la région de l'épigastre, en même temps qu'une diarrhée intense se manifeste. Les douleurs sont telles « qu'on entend de la rue les cris du malade ». Les injections de morphine répétées arrivent à peine à calmer ces douleurs atroces que la moindre ingestion de liquide exaspère. Au bout de quatre ou cinq jours, M. Ertzbischoff constate l'apparition d'une petite tuméfaction rénitente siégeant vers la grande courbure de l'estomac à gauche de la ligne blanche. Il pense à une gomme, et continue le traitement par le benzoate de mercure. Il fait ainsi 21 injections : mais les douleurs continuant aussi intenses, et le malade se cachectisant avec une rapidité extraordinaire, il demande une consultation avec M. Balzer, qui conseille de suspendre le traitement spécifique et de faire appel à un chirurgien. A mon arrivée, le 25 janvier, je me trouve en présence d'un véritable moribond. Je suis frappé de l'état d'amaigrissement extrême du malade : c'est une véritable cachexie suraiguë survenue en vingt jours. Le pouls est petit à 120, et la température est normale. L'intolérance de l'estomac est absolue et il y a pourtant une diarrhée incessante. Le ventre n'est nullement ballonné, mais on voit entre l'ombilic et le rebord costal gauche une tuméfaction, dont le centre siège au milieu d'une ligne qui unirait l'ombilic à la dixième côte à son extrémité antérieure. Cette tumeur lisse et rénitente, sinon fluctuante, est entourée d'une zone de sonorité à deux tons : on distingue parfaitement la sonorité stomacale en haut, de la sonorité intestinale en bas. Sur la tumeur même on ne perçoit pas une matité vraie ; c'est plutôt de la submatité, ou mieux, si je puis dire, de la « subsonorité ». Une ponction au centre de cette tumeur, faite avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, a ramené quelques gouttes de « sang poisseux ».

Me basant sur le début brusque « en coup de poignard » du mal, sur la rapidité de la cachexie, sur le siège de la tuméfaction, sur l'absence de fièvre et sur le caractère de de la douleur, je fais le diagnostic de *Pancréatite hémorragique* et je conseille l'intervention. Pendant quarante-huit heures, on fait des injections sous-cutanées de serum au malade pour le remonter et je pratique

l'opération sous le chloroforme, le 27 janvier, avec l'aide du Dr Ertzbischoff et de mon interne, M. Lafosse.

Petite incision verticale de 4 à 5 centimètres au centre de la tumeur; le péritoine incisé, je vois l'épiploon normal au-devant de la masse : en tirant sur l'épiploon, j'amène dans la plaie la grande courbure de l'estomac qui est tout à fait saine, ce qui montre bien qu'il ne saurait être question du cancer de l'estomac auquel on avait aussi pensé, ni d'une gomme qui, d'ailleurs, aurait évolué tout juste pendant un énergique traitement mercuriel. J'incise l'épiploon en évitant les vaisseaux et je le suture avec soin au catgut à la paroi abdominale antérieure. Je constitue ainsi un entonnoir au fond duquel se voit une volumineuse tumeur noire. Un coup de bistouri sur cette tumeur fait sourdre violemment une bouillie de caillots grenus, noirs, mêlés de débris grisâtres : pas de liquide, pas trace d'odeur. Avec les doigts nous arrivons derrière l'estomac jusqu'à la colonne vertébrale, explorant ainsi une poche pancréatique de la capacité des deux poings au moins. Je fixe deux gros drains au fond de cette poche bien débarrassée de ses caillots.

Toute douleur a disparu dès le réveil du malade. Huit jours après, je supprime un des drains et le malade commence à s'alimenter. L'état général est meilleur et la cachexie paraît déjà moins profonde. Le quinzième jour, j'enlève le second drain. Le malade s'alimente, mais la maigreur reste encore très accentuée.

L'examen des caillots n'a décelé aucun microorganisme et toutes les tentatives de cultures sont restées stériles. Au cours de mon opération, je n'ai, pour ainsi dire, pas vu la grande cavité péritonéale. Impossible par conséquent de dire s'il y avait sur le péritoine ces taches de nécrose graisseuse, de fettnekrose ou mieux de stéatonécrose (suivant l'expression de Hallion), qui, lorsqu'on les trouve dans une laparotomie, doivent aussitôt faire songer à une pancréatite.

Voici, en somme, un malade chez qui j'ai diagnostiqué une pancréatite aiguë hémorragique. Ce diagnostic est donc possible, et comme c'est, je crois, la première fois qu'il est porté en France, sans laparotomie exploratrice, je vous demande la permission d'appeler votre attention sur les signes qui peuvent déceler cette affection.

Je dirai d'abord, sans paradoxe, que ce diagnostic est facile, *pourvu qu'on y pense*. Une fois l'attention attirée sur le pancréas, on s'aperçoit très vite que lui seul peut être en cause, que tous les symptômes observés entrent dans le cadre clinique de la pancréatite, et que certains de ces symptômes sont en opposition for-

melle avec telle autre affection abdominale à laquelle on pourrait penser.

Prenons nos exemples dans les tableaux publiés par Villar dans son beau travail du Congrès de Chirurgie de 1905, et dans le mémoire récent de Lenormant et Lecène (*Revue de Gynécologie*, décembre 1906, p. 1057).

Sur les 30 observations du tableau de Villar (p. 160), 12 fois on a diagnostiqué une occlusion intestinale, et sur les 36 observations de Lenormant et Lecène, 16 fois on a pensé aussi à l'occlusion intestinale. C'est donc là le diagnostic qui a été le plus souvent porté. Remarquons rapidement qu'il en est des pancréatites aiguës comme de l'appendicite qui avant d'être bien connue était si communément prise pour une colique de miserere, pour un étranglement interne. On ne doit plus s'en laisser imposer par les signes d'occlusion (surtout si l'occlusion n'est pas strictement totale) qui se rencontrent dans toutes les réactions péritonéales à la suite des perforations viscérales : appendice, estomac, vésicule biliaire, etc... Ce qui caractérise ici l'occlusion, c'est le ballonnement douloureux siégeant au-dessus de l'ombilic. D'ailleurs, la diarrhée ne tarde pas à succéder à l'occlusion en pareil cas.

C'est ce même siège sus-ombilical de la douleur qui doit faire écarter le diagnostic de perforation de l'appendice, diagnostic souvent porté. Les douleurs péri ombilicales du début de l'appendicite perforante ne tardent pas à se localiser dans la fosse iliaque droite, même si elles siégeaient d'abord à l'épigastre.

Ce siège sus-ombilical de la douleur et de la tuméfaction ont aussi fait souvent penser à un ulcère de l'estomac perforé, ou à une cholécystite perforante. Mais il n'est pas ordinaire qu'un ulcère de l'estomac ou de la vésicule biliaire se perforent, sans que le malade ait présenté antérieurement des signes gastriques ou hépatiques. Je crois bien que quelques observations publiées avec l'étiquette « pancréatite » pourraient aussi bien être des infections rétro-gastriques d'origine stomacale; mais le fait seul que la pancréatite hémorragique aiguë a un début brusque et soudain en pleine santé doit faire rejeter ces diagnostics. Une vésicule biliaire ne s'ulcère pas sans qu'il y ait eu quelques antécédents de lithiase biliaire, ou une fièvre typhoïde. Et de même, un ulcère de l'estomac ou du duodénum qui perfore toute la paroi a été soigné antérieurement pour les douleurs ou les hémorragies, mœlena ou hématémèses, qu'il provoquait. Bref, j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure : dans la pancréatite, chaque signe en particulier peut s'appliquer à un autre diagnostic, mais dans l'ensemble des symptômes, dans l'ensemble du syndrome pancréatique, il y a toujours un signe incompatible avec tout autre diagnostic.

Quels sont donc les symptômes de la pancréatite hémorragique? Neumann et Mayo Robson, à l'étranger, ont pu, grâce à ces signes, faire le diagnostic avant d'opérer, et j'ai pu de même dépister trois fois la pancréatite : deux fois j'ai diagnostiqué une pancréatite suppurée, et une fois une pancréatite hémorragique ; et l'opération m'a permis, les trois fois, de vérifier le diagnostic et de guérir mes malades.

Et si mes trois malades ont guéri, je suis convaincu que c'est parce que j'avais mon diagnostic avant d'opérer. La laparotomie exploratrice n'est pas innocente en pareil cas : elle prolonge d'abord beaucoup l'opération, puisqu'il faut soigneusement refermer la grande cavité péritonéale pour marsupialiser la poche, et cela sur des malades dans l'état général le plus précaire. De plus, elle expose à une infection de cette grande cavité péritonérale qu'on n'est jamais bien sûr d'avoir refermée très strictement. Quand, au contraire, on a son diagnostic d'emblée, on sait où l'on va et l'intervention devient d'une facilité et d'une rapidité extrêmes. Je rappellerai donc en quelques mots les symptômes dont l'ensemble constitue un véritable *syndrome pancréatique*.

Symptômes de la pancréatite hémorragique. — On peut comparer les formes de cette affection au point de vue clinique aux formes de l'appendicite. Il y a une pancréatite hémorragique à marche suraiguë qui tue en quelques heures par un mécanisme à élucider. En second lieu, il y a la forme aiguë ou subaiguë, comme celle dont je viens de donner l'observation : celle-ci après une explosion soudaine de symptômes tapageurs, avec réaction péritonéale plus ou moins vive, évolue ensuite en plusieurs jours et même plusieurs semaines. Une troisième forme enfin a une évolution chronique, et n'est pour ainsi dire pas une affection chirurgicale. Elle répond à de petites hémorragies interstitielles, à de petites apoplexies pancréatiques, qui restent d'ordinaire du domaine de la médecine. (Chantemesse et Griffon; Widal et Ravaut.)

Je n'ai en vue ici que les cas aigus ou subaigus d'hémorragie spontanée. Je ne parle pas, bien entendu, des hémorragies traumatiques, et je fais seulement remarquer que dans quelques cas, il y a eu un an et même deux ans avant l'apparition des accidents un violent traumatisme de la région qui a pu être incriminé.

J'élimine aussi la forme chronique, pour laquelle on n'a été que très rarement appelé à intervenir pour des symptômes d'occlusion chronique. Körte et Mayo Robson ont pu diagnostiquer cette forme : mais le plus souvent on a cru à un cancer de la tête du pancréas, obstruant le cholédoque, ou à de la lithiase biliaire. Dans ces cas-là, d'ailleurs, c'est surtout la tête du pancréas qui est

en question, tandis que pour les cas qui nous occupent, c'est surtout le corps et la queue de l'organe qui sont atteints.

J'élimine enfin les cas suraigus dans lesquels les malades succombent avant qu'on ait eu le temps, non seulement d'intervenir, mais même de faire un examen suffisant. Dans un cas cité par Lenormant et Lecène, la mort survint trois quarts d'heure après le début.

Je parle en somme des faits où l'hémorragie pancréatique spontanée (je ne parle pas des traumatismes, bien entendu) se fait progressivement ou par poussées successives, comme dans l'observation publiée ci-dessus. Eh bien, dans ces cas-là, qui sont les plus communs relativement, on observe *toujours* les signes suivants :

1° Le début brusque ;

2° La douleur cœliaque ;

3° La cachexie suraiguë ;

4° La tuméfaction locale.

Le début brusque, « en coup de poignard », s'applique à toutes les perforations viscérales (appendice, estomac, duodénum), intestin, vésicule biliaire) ; mais notons qu'ici il n'y a aucun antécédent hépatique ou gastrique. L'appendice seul pourrait être en cause : mais dans l'appendicite perforante, la localisation en bas et à droite ne tarde pas à se faire. De plus, dans la pancréatite, les douleurs ont un caractère particulier. Tandis que la douleur de la perforation appendiculaire est une douleur due à la péritonite, la douleur de la pancréatite hémorragique est une douleur *névralgique* ; on a même accusé la compression du plexus solaire de causer par un réflexe cardiaque ces morts soudaines qui ont pu être attribuées à un empoisonnement, comme dans une observation publiée par la *Presse Médicale* (21 fév. 1906, p. 117).

Ces douleurs névralgiques sont très localisées à l'épigastre, sans grandes irradiations au loin ; elles ont une intensité extraordinaire, et méritent le nom de « névralgie cœliaque » qui leur a été donné par Friedreich. Mon malade poussait incessamment des cris « qu'on entendait de la rue », et la morphine n'arrivait pas à le calmer.

J'ai parlé en troisième lieu, de l'amaigrissement. Je ne crois pas qu'il existe une maladie qui puisse amener en quelques jours un amaigrissement pareil. En quinze jours, mon malade était devenu un véritable squelette. Il s'agit donc là d'un symptôme saisissant, qui saute aux yeux, et qui a frappé tous les observateurs. Ce n'est pas un malade amaigri par la douleur et les vomissements, c'est un malade frappé d'une cachexie suraiguë, d'une cachexie si intense et si rapide, qu'on doit l'appeler la « cachexie pancréatique ». (Bard et Pic.)

Et cette cachexie s'accompagne d'une asthénie extrême, d'un abattement extraordinaire.

Reste enfin la tumeur qui ne tarde pas à apparaître sur l'abdomen. Cette tumeur peut siéger à droite de la ligne blanche sur la ligne ombilico-axillaire droite signalée par Desjardin. Il en est ainsi lorsque c'est la tête du pancréas qui est prise, et lorsque la tumeur évolue du côté de l'hiatus de Winslow : mais cela est l'exception. En général, comme dans mon observation, la tuméfaction siège dans la région de la grande courbure de l'estomac, entre ce viscère et le côlon transverse. L'insufflation de l'estomac fait disparaître la tumeur, car l'estomac dilaté passe au-devant d'elle, comme pour toutes les tumeurs de l'arrière-cavité des épiploons. Mais cette exploration est le plus souvent impossible à cause de la douleur qu'elle provoque, et de l'état général du malade. On peut d'ailleurs s'en passer.

D'où peut venir une tumeur intra-abdominale siégeant entre l'ombilic et l'auvent costal gauche, et développée en quelques jours avec des douleurs atroces de névralgie, sur un sujet pris brusquement et en pleine santé, et qui se cachectise avec une rapidité vraiment spécifique, pourrait-on dire ?

Serait-ce un cancer de la grande courbure de l'estomac? C'est un diagnostic qui a été fait plusieurs fois et que nous trouvons dans les relevés de Villar. Sur mon dernier malade, un médecin appelé avant moi en consultation avait diagnostiqué, sans hésiter, un cancer de l'estomac et avait même prescrit du bleu de méthylène !

Mais où a-t-on vu un cancer évoluer de la sorte, avec une tumeur qui grossit de jour en jour, qui est fluctuante, qui donne des douleurs pareilles, etc. En y pensant, cela ne supporte pas l'examen, et c'est au pancréas seul qu'on doit songer. Et, je le répète, il suffit d'y penser pour que tout s'éclaire : et quand l'idée de pancréatite s'est présentée à vous, on s'aperçoit que tous les symptômes observés rentrent dans le cadre clinique connu, et ne peuvent s'appliquer en totalité à tout autre diagnostic.

En dehors de cet ensemble des quatre grands symptômes que je viens de souligner, il ne faut pas négliger ce qu'on pourrait appeler « les petits signes » de la pancréatite hémorragique, l'examen des selles si la diarrhée succède à l'occlusion, l'examen des urines (lipurie, glycosurie), l'absence de fièvre malgré la rapidité du pouls, etc... C'est ce dernier signe qui m'a fait diagnostiquer la forme hémorragique chez mon malade : mais je ne veux pas me laisser entraîner trop loin et décrire en détail la symptomatologie de la pancréatite hémorragique.

J'arrive à une deuxième forme de pancréatite, la *pancréatite suppurée.*

J'ai déjà traité ce sujet ici même en publiant dans nos Bulletins une observation de pancréatite suppurée que j'avais guérie par une incision transpleuro-péritonéale. J'apporte aujourd'hui une deuxième observation pour ainsi dire calquée sur la première. Avant de dire comment et pourquoi j'ai diagnostiqué cette pancréatite suppurée, je donne ici l'observation telle qu'elle a été rédigée par mon excellent interne, M. Lafosse.

Pancréatite suppurée.
Ouverture et drainage par la voie transpleuro-péritonéale. Guérison.

La malade, épicière à Choisy-le-Roi, est une femme d'apparence robuste. Agée de trente-trois ans, elle a toujours été en bonne santé et n'a jamais souffert que de quelques troubles dyspeptiques insignifiants. Mariée depuis dix ans, elle a eu deux filles : l'une il y a huit ans, l'autre il y a six ans.

Le 19 décembre 1906, dans la matinée, elle ne présentait aucun symptôme morbide; elle avait même pu, seule, démonter, pour le nettoyer, son fourneau de cuisine. Au milieu de son déjeuner, brusquement, elle ressentit, dans la région épigastrique et dans l'hypocondre gauche, une douleur extrêmement violente qui, très rapidement, s'accompagna d'une altération grave de l'état général. Le Dr Amar, immédiatement appelé, vu le début brusque de l'accident, l'intensité des phénomènes douloureux et leurs irradiations, pensa à une colique néphrétique, et prescrivit des applications chaudes sur les régions malades et une potion calmante. Le soir, l'état général de la malade n'était pas inquiétant : température, 37°6; pouls, 72; mais, les douleurs étant aussi violentes, le Dr Amar fit une piqûre de morphine qui soulagea momentanément la malade.

Le lendemain et les jours suivants, les phénomènes douloureux persistent, aussi marqués; la température s'élève et se maintient aux environs de 38 degrés, le pouls surtout s'accélère, monte à 100, 120, 130, 140.

Le 23 décembre, le Dr Amar perçoit, dans la partie supérieure de l'hypocondre gauche, une tumeur douloureuse à la pression; il porte le diagnostic de pyonéphrose consécutive à de la lithiase rénale, et demande en consultation le Dr Pasteau, qui le confirme dans son opinion. Du 24 au 30 décembre, les phénomènes généraux s'aggravent : la température oscille entre 39 et 40 degrés, le pouls, petit, bat jusqu'à 170 par minute; pourtant, les deux médecins consultants notent la disparition de la tumeur précédemment constatée. Mais alors des symptômes nouveaux apparaissent : la respiration de la malade devient pénible, et, à l'examen du thorax, on trouve de la diminution des vibrations thoraciques de la submatité, de la respiration soufflante et des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche. Bientôt même, l'haleine devient fétide, et le Dr Amar, pensant que sa malade a peut-être une

collection purulente dans la plèvre gauche, demande un chirurgien en consultation.

Plusieurs ponctions exploratrices avec l'aiguille de Pravaz n'ont cependant pas donné de pus, mais il y a nettement de la succussion hippocratique avec du souffle amphorique et de la matité à la base. Je conseille de transporter la malade dans mon service de l'Hôtel-Dieu.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, lit n° 17, le 7 janvier 1907. Son état est grave ; elle est très affaiblie, sa face est violacée, sa respiration difficile. Elle se plaint de la mauvaise odeur de son haleine et d'une douleur violente dans tout le côté gauche, douleur que les différents révulsifs : ventouses, cataplasmes sinapisés, etc., dont elle porte les traces très apparentes, n'ont pu calmer. Température, 39 degrés. Pouls, 120.

L'haleine de la malade est en effet assez fétide, sans toutefois être assez forte pour incommoder ses voisines.

On ne trouve pas de voussure du côté malade, mais une matité franche dans la partie inférieure du poumon gauche et en arrière; les vibrations thoraciques sont diminuées, le murmure vésiculaire est affaibli et, sous l'oreille, on perçoit des frottements pleuraux et de petits râles sous-crépitants. Dans la région externe et inférieure du thorax et dans l'espace de Traube, la percussion révèle de l'hypersonorité et même du tympanisme; à ce niveau, on note également de l'abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, et un souffle amphorique accompagné de succussion hippocratique. Pas de bruit d'airain; pas de bronchophonie. Le cœur n'est pas dévié. Quelques quintes de toux sèche, mais pas trace d'expectoration.

M. Faisans qui voit la malade, devant ces symptômes un peu disparates, hésite à porter un diagnostic ferme, et pense qu'il peut s'agir d'une collection pleurale enkystée entre le poumon et la plèvre diaphragmatique, collection ayant déterminé la production de gaz et une réaction pleuro-pulmonaire périphérique.

Après avoir fait plusieurs ponctions avec une aiguille longue, on tombe, en piquant au point où se trouve le maximum des signes d'auscultation (9e espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire), dans une cavité d'où s'échappent des gaz absolument fétides et rappelant très nettement l'odeur de l'haleine de la malade.

M. Guinard, se basant sur le début brusque du mal par une douleur abdominale, sur l'apparition très tardive des signes thoraciques succédant aux signes abdominaux, sur l'absence de toux et d'expectoration, pense que cette collection purulente avec des gaz fétides est due à une pancréatite suppurée, comme celle qu'il a déjà observée dans les mêmes conditions. Et comme les signes thoraciques dominent, tandis qu'on ne sent aucune tuméfaction du côté de l'abdomen, il se décide à faire, comme pour sa première malade, une résection costale et une ouverture de la plèvre, ce qui permettra une exploration de la cavité pleurale et une cure de la pleurésie purulente au cas où son diagnostic de pancréatite ne serait pas exact.

La malade est endormie au chlorure d'éthyle, puis au chloroforme;

anesthésie laborieuse. On incise sur la 8e côte, en prenant comme centre de l'incision la ligne axillaire; on résèque 7 à 8 centimètres de la côte, et on tombe sur une plèvre saine en bas et en dedans, où on peut explorer avec le doigt le cul-de-sac pleural parfaitement libre. En haut et en dehors, des adhérences serrées fixent le poumon à la paroi, ce qui évite le pneumothorax total; un surjet au catgut, formant couronne, limite un espace sur le diaphragme qu'il unit à la plèvre pariétale, et oblitère complètement la cavité pleurale. On incise alors franchement le diaphragme; il s'échappe 3/4 de litre d'un pus grumeleux, abominablement fétide, et des gaz d'une odeur épouvantable. Le doigt, introduit sous le diaphragme, sent très nettement la rate saine, limitant à gauche la collection. On draine très largement.

Après l'intervention, l'état de la malade s'améliore rapidement : la température oscille encore quelques jours entre 39 et 38 degrés, mais le pouls est bon, les douleurs cessent. La malade quitte l'hôpital le 1er février 1907, conservant encore une large fistule par laquelle s'écoule de moins en moins du pus.

Après l'intervention, l'analyse des urines, pratiquée à deux reprises, n'a rien révélé d'anormal. De plus, M. Ambard a dosé les ferments pancréatiques dans les matières fécales, et a trouvé des chiffres sensiblement normaux. Enfin, l'examen direct du pus, les cultures faites avec le pus en milieux usuels et en milieux anaérobies, ont montré qu'il existait deux agents pathogènes : du coli-bacille et de gros cocci anaérobies, qu'il nous a paru impossible d'identifier avec des formes connues (Lafosse).

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer *a priori*, la pancréatite suppurée a des symptômes moins bruyants, moins aigus, que ceux de la pancréatite hémorragique.

Le plus ordinairement, après l'explosion violente du début, la marche du mal est subaiguë, et l'affection devient presque latente. Dans ma première observation (voir nos *Bulletins* de 1898, p. 381), je n'ai été appelé que deux mois et demi après le début des accidents; et dans celle que je présente aujourd'hui (obs. 1), le mal évoluait depuis vingt jours quand j'ai opéré la malade. Comme toujours, le début a été brutal, en coup de poignard, avec la douleur spéciale, *spécifique*, dont j'ai parlé plus haut : ma première malade qui avait eu antérieurement des coliques néphrétiques, insistait d'elle-même pour dire que ses douleurs ne ressemblaient en rien aux douleurs de la colique néphrétique. L'amaigrissement, la cachexie avec asthénie progressive est ici la même que dans la pancréatite hémorragique.

Mais je veux insister sur les caractères vraiment différentiels qui appartiennent parfois, selon moi, à la suppuration du pancréas; je n'ai vu ces caractères signalés nulle part.

« Les accidents du début sont nettement abdominaux, et au

bout de quelques jours ce ne sont plus que les accidents thoraciques qui appellent l'attention. »

Je m'explique : chez mes deux malades il en a été ainsi. Au début, on a pensé à une colique néphrétique. Puis il y a eu une tuméfaction abdominale qui a disparu les jours suivants. Chez l'une, cette disparition a coïncidé avec une évacuation de pus par le vagin, comme le fait a été plusieurs fois noté dans la pancréatite suppurée. Chez l'autre, la tuméfaction s'était surtout étalée et n'était plus douloureuse au palper.

Et qui le médecin traitant a-t-il appelé en consultation au début? Des spécialistes, soit pour les maladies de l'estomac, soit pour les maladies des voies urinaires. Je peux donc dire qu'à une première période, l'attention est appelée du côté de l'abdomen et particulièrement du côté gauche de la région sus-ombilicale.

Puis, survient peu à peu une seconde période dans laquelle les phénomènes thoraciques prédominent, à moins que l'abcès ne vienne faire saillie du côté des lombes ou en avant. Dans mes deux observations, quand j'ai été appelé, je me suis trouvé en présence de malades qui n'avaient que des signes pleuro-pulmonaires et c'est sur cette forme seule que j'appelle l'attention : elle doit être assez commune, puisque je l'ai observée deux fois. Les signes sont exactement ceux d'un abcès gazeux sous-phrénique gauche : mais on n'a pas assez insisté sur ce fait que ces collections en imposent aisément pour un pyo-pneumothorax enkysté. Pour mes deux malades, les meilleurs cliniciens de nos hôpitaux ont diagnostiqué une pleurésie purulente enkystée. Tous les signes se retrouvent dans l'observation II (voir plus haut) : matité locale, souffle amphorique, succussion hippocratique. Et quand j'ai fait examiner la malade par un de nos cliniciens en qui j'ai le plus de confiance, il nous a dit formellement : « Cette malade a tous les signes d'un pyo-pneumothorax enkysté ». L'opération a montré que la plèvre était absolument saine. Après l'ablation du segment costal, nous avons pu, avec l'index, explorer le sillon diaphragmatique et la face inférieure du lobe inférieur du poumon gauche et nous avons trouvé le pus sous le diaphragme. C'était donc une suppuration sous-phrénique qui, après avoir donné au début des symptômes abdominaux, ne se manifestait plus cliniquement que par des signes thoraciques. Il faut même noter cette extrême fétidité de l'haleine de la malade, qui a disparu dès le lendemain de l'opération : cette fétidité est évidemment due à l'élimination par les bronches, de gaz infects résorbés au niveau de la poche sous-diaphragmatique; elle peut encore davantage attirer l'attention du côté d'une lésion pleuro-pulmonaire. Le mot de gangrène pul-

monaire avait même été prononcé pour ma seconde malade, et on avait prescrit l'hyposulfite à l'intérieur.

Mais cependant il faut se rappeler qu'on ne voit pas une pleurésie débuter aussi soudainement — au milieu d'un repas — en pleine santé. De plus, les accidents du début sont nettement abdominaux. Enfin, malgré ces signes physiques à la palpation et à l'auscultation, il n'y a que des signes fonctionnels insignifiants : peu ou pas de toux et pas trace d'expectoration. En sorte que j'appelle l'attention sur cette discordance manifeste entre les signes physiques et les signes fonctionnels qui doivent faire écarter le diagnostic d'affection pleuro-pulmonaire. Mes deux malades toussaient à peine. De temps en temps une petite quinte de toux sèche, sans la moindre expectoration — et c'était tout.

Je crois donc, en somme, qu'en dehors des formes lombo-abdominales de la pancréatite suppurée, il faut connaître cette forme thoracique dont j'ai observé deux exemples. Et cela m'amène à parler du meilleur mode d'intervention en pareil cas.

Traitement de la pancréatite suppurée. — Dans mes deux observations, j'ai usé de la voie transpleuro-péritonéale. Je n'étais pas encouragé par mes lectures à suivre cette technique une seconde fois, bien que la première fois j'aie obtenu un beau succès. Tous les chirurgiens qui ont écrit depuis 1898 sur le traitement des pancréatites, ont cité mon observation, et tous ont unanimement répété avec Villar : « La voie transpleuro-péritonéale, suivie par Guinard, puis par Brentano, est une voie d'exception ». (Voir aussi le mémoire de Lenormant et Lecène, *loc. cit.*).

Pourquoi ai-je eu recours, malgré cela, à cette « voie d'exception »?

Ne croyez pas que ce soit par entêtement dogmatique ou par niais amour-propre d'auteur. Je dirai sans fausse humilité que j'ai obéi cette fois à un sentiment de modestie. J'avais mon diagnostic de pancréatite suppurée; mais j'avais avec moi un des cliniciens en qui j'ai le plus de confiance qui nous disait : « Il y a là tous les signes physiques d'une pleurésie purulente enkystée ». Devais-je m'obstiner et dire : « Périsse la malade plutôt que mon diagnostic »? Bref, j'ai suivi la voie thoracique qui m'avait d'ailleurs été si favorable quelques années auparavant. J'ai préféré ouvrir d'abord la plèvre comme pour un pyo-thorax. Et voici que ma malade a très bien guéri. Alors, maintenant, me voilà fort de trois interventions de ce genre, suivies de trois guérisons (en comptant l'observation de Brentano); je n'ai donc plus à me défendre et je prends l'offensive.

Que reproche-t-on à cette voie thoracique ?

« Inutile d'insister sur les inconvénients de cette voie, dit

Villar (p. 523). Elle est compliquée, elle expose à la blessure du poumon, elle ne permet pas un drainage convenable de la région pancréatique. »

Je ne trouve rien de particulièrement compliqué à cette opération qui ne sort pas de la chirurgie courante; passons.

Pour la blessure du poumon, je ne vois pas qu'elle soit à craindre. Je crois bien qu'elle n'est même pas possible, si je puis dire, et c'est une objection que je ne comprends pas.

Pour le drainage, ces trois observations montrent qu'il est très efficace. Il ne faut pas oublier que les malades sont couchés, et qu'en les inclinant du côté gauche, le drain se trouve au point déclive.

Je répondrai à une objection qui n'a pas été formulée et que je trouve pourtant plus importante. C'est qu'on peut infecter la plèvre, si la suture du diaphragme à la paroi thoracique n'est pas très stricte. Mais à tout prendre, si l'on emploie la voie péritonéale partout indiquée comme la « voie de choix », on s'expose aussi à infecter une séreuse, si la marsupialisation n'est pas stricte : et séreuse pour séreuse, il est moins grave d'infecter la plèvre que d'infecter le péritoine. On en serait quitte pour faire une thoracotomie ultérieure. D'ailleurs, dans les trois cas connus, le fait ne s'est pas produit.

Je crois donc pouvoir dire que pour les pancréatites il faut appliquer cette loi générale qui nous pousse à attaquer les collections purulentes par la voie où elles proéminent. Et c'est là que peut reparaître la division clinique dont je parlais plus haut. Il n'y a pas à conseiller une voie d'élection qui s'applique à tous les cas, comme on l'a fait jusqu'ici.

Dans une première forme, il s'agit de collections purulentes, qui simulent un abcès périnéphrétique : il faut les attaquer par la voie lombaire, comme l'ont fait de nombreux chirurgiens. Tuffier, Rochard, Routier, Faure et d'autres ne se sont même aperçus qu'ils avaient opéré une pancréatite suppurée, qu'en voyant ultérieurement s'écouler par la plaie, du liquide pancréatique (V. la discussion de 1902 dans nos *Bulletins*). C'est la forme lombaire.

Dans une seconde forme, la collection vient faire saillie en avant dans l'abdomen, entre la grande courbure et le colon : c'est par la laparotomie sus-ombilicale qu'il faut arriver au pus, en incisant au centre de la tuméfaction, sans s'occuper de la direction à donner à l'incision. C'est la forme abdominale antérieure.

Enfin, pour une troisième forme qui est précisément celle que je viens de spécifier, sous le nom de « forme thoracique », c'est à la voie transpleuro-péritonéale qu'il faut avoir recours. Je ne préconise pas cette manière de faire pour toutes les pancréatites;

mais je dis qu'il ne faut pas, à coups de statistiques, se prononcer pour une opération qui sera la même dans tous les cas. Je ne dis pas avec Siraud (de Lyon), que « la voie lombaire est la voie de choix ». Je ne dis pas avec Villar que « la voie abdominale antérieure ou transpéritonéale est la voie d'élection ». Je dis que chaque voie a ses indications. On n'ouvre pas par une incision toujours la même un abcès appendiculaire. On le draine par une incision rectale ou vaginale, ou par une incision sous-hépatique, ou par une incision rétro-cæcale, ou par une incision sus-pubienne, suivant le siège de la collection d'origine appendiculaire. De même pour les pancréatites le siège de l'incision doit varier avec les formes cliniques; et c'est pourquoi dans la forme que j'appelle thoracique, je conseille la voie transpleuro-péritonéale qui a d'ailleurs été employée trois fois jusqu'ici avec trois succès complets.

Pour la pancréatite hémorragique, il en va tout autrement, puisqu'on n'a jamais observé de forme thoracique. C'est toujours en avant ou en bas et en arrière que ces poches sanguines sont venues faire saillie. Rien d'étonnant à ce que ce soit par les lombes ou par la paroi abdominale antérieure qu'on soit toujours intervenu. Ce serait vraiment jouer la difficulté que d'aller aborder ces collections par le dome diaphragmatique. Aussi ne saurait-il en être question ici, puisqu'il n'y a pas de doute possible sur le meilleur mode d'intervention en cas d'hémorragie spontanée du pancréas, quelle qu'en soit la cause.

Notons d'abord que tous les cas dans lesquels on n'est pas intervenu se sont terminés par la mort. Dans les tableaux de Villar on trouve six interventions pour des hématomes spontanés du pancréas. Une laparotomie suivie de ponction (Socin), avec une mort; une marsupialisation (Richelot), avec une mort, une incision avec suture de la plaie (Pauchet), avec une guérison; trois incisions avec drainage (Mauclaire, Lazarus, Rasomowsky) avec deux morts et une guérison. L'intervention est donc de rigueur.

Je crois que la conduite que j'ai tenue doit être la bonne : Ouverture de l'abdomen par une courte incision passant par le centre de la tuméfaction, incision ou déchirure du grand épiploon près de la grande courbure de l'estomac dans une zone avasculaire; suture en collerette des lèvres de cette boutonnière épiploïque à la paroi abdominale : évacuation et bon drainage de la poche pancréatique, après avoir suturé la paroi de cette poche à l'épiploon autour de l'orifice qu'on y a pratiqué.

C'est à cette manière de faire qu'on a eu le plus souvent recours; mais pour agir ainsi, il faut d'abord avoir fait le diagnostic, et il faut bien dire que, souvent encore, ce n'est qu'une laparotomie exploratrice qui permettra de faire ce diagnostic, soit parce qu'elle

montrera sur l'épiploon et le péritoine des taches de stéatonécrose, soit parce que *de visu* on reconnaîtra derrière l'estomac une masse noire presque caractéristique. On n'aura alors qu'à refermer avec soin l'abdomen pour constituer en haut de la plaie, à l'aide de l'épiploon déchiré, un entonnoir hermétiquement clos et étanche, entre l'arrière-cavité des épiploons et l'angle supérieur de la plaie abdominale.

Pathogénie. — Je ne veux pas terminer cette communication sans dire un mot de la pathogénie encore si obscure des pancréatites. En dehors de l'origine infectieuse qui n'est pas douteuse pour la majorité des cas, ne pourrait-on pas penser, comme me le disait mon interne, M. Brézard, que le traitement mercuriel peut avoir une influence sur le pancréas au même titre que sur les glandes salivaires. Nous nous demandons s'il ne peut pas y avoir une sorte de « pancréatisme » mercuriel, comme il y a un ptyalisme mercuriel. Mon malade avait eu vingt et une injections de benzoate de mercure; il avait « mal supporté » les pilules mercurielles, qui lui donnaient de la diarrhée. Qui nous dira si ces diarrhées des traitements mercuriels ne sont pas dues pour une part à une hypersécrétion du pancréas? Je remarque que tous les auteurs qui ont écrit sur la question citent la syphilis dans l'étiologie des pancréatites. Rien d'étonnant à ce qu'une maladie générale puisse agir sur cette volumineuse glande dont le canal excréteur s'ouvre à pleine bouche dans le duodénum. Chez un malade mort de fièvre typhoïde, Chauffard et Ravaut ont trouvé des foyers hémorragiques dans le pancréas. Mais pour la syphilis, hypothèse pour hypothèse, j'avoue que celle qui me fait incriminer le mercure plutôt que la maladie pour laquelle on l'administre, me paraît plus satisfaisante. D'autant plus que le mercure, sans donner de parotidites hémorragiques, a pourtant une action manifeste sur les glandes salivaires. Faut-il voir une analogie entre le pancréas et ces glandes? Je ne peux que poser la question?

Tous les syphiligraphes connaissent bien les diarrhées, et même les diarrhées sanglantes, survenant au cours du traitement mercuriel. Lorsque c'est d'un traitement par des pilules ou de la liqueur de van Swieten qu'il s'agit, on peut invoquer une action irritative directe. Mais pour les injections d'huile grise ou de tout autre agent mercuriel, benzoate, peptonate, etc... il n'en est pas de même, et pourtant, comme me le disait notre vénéré maître, M. Fournier, la première question posée par le médecin au malade qui revient pour une nouvelle piqûre est la suivante : « Avez-vous la diarrhée? » Et ces diarrhées si communes sont attribuées à de la « Colite mercurielle ».

Pourquoi, dans ces cas-là, y a-t-il de la colite et non de l'entérocolite? En d'autres termes, pourquoi les lésions de la muqueuse intestinale sont-elles localisées au gros intestin, alors que la muqueuse de l'intestin grêle reste à peu près indemne? Dans le dernier numéro du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, Œttinger et Fiessinger ont décrit les lésions intestinales qu'ils ont trouvées à l'autopsie d'un malade mort à la suite d'une injection d'huile grise. Le gros intestin était couvert d'ulcérations saignantes. Il est vrai que le pancréas ne présentait pas de lésions. Mais je peux bien dire que si le mercure a une élection toute particulière pour la muqueuse colique et ses glandes, il peut aussi donner des accidents du côté de la glande pancréatique, de l'hypersécrétion, du gonflement, etc..., comme il provoque le gonflement des glandes salivaires, de la parotide, de la salivation. Dans le beau livre du professeur Fournier, il est brièvement question des lésions du pancréas dans la syphilis. Mais ce sont des gommes comme on en peut trouver partout, et cela sort du cadre des pancréatites dont je parle ici.

Pour en revenir aux causes d'infection du pancréas, j'ajoute que mon malade s'était gavé pendant des semaines avec de la viande crue. La malade qui fait le sujet de ma première observation avait mangé des bécasses très faisandées. Je signale ces faits pour qu'ils puissent entrer en série quand les observations se seront multipliées.

Et les observations se multiplieront, je le crois, quand les médecins, suivant l'expression de Körte, n'oublieront pas que leurs malades ont un pancréas.

Lecture.

Traitement de l'hémophilie.

M. Veil. — Traitement de l'hémophilie par les injections de sérum frais.

Rapporteur : M. Broca.

Présentations de malades.

Laryngectomie.

M. Sebileau présente un opéré de laryngectomie porteur d'un larynx artificiel.

M. Schwartz. — Je suis frappé du bon résultat obtenu par notre collègue Sebileau, auquel j'adresse toutes mes félicitations.

J'avais autrefois, lors de ma thèse d'agrégation, étudié et décrit les larynx artificiels, préconisés à cette époque (1886).

Ils n'étaient comparables en rien à ce que nous voyons aujourd'hui. Le principe de leur construction était tout différent; l'anche vibrante était dans la canule laryngée même, tandis qu'ici l'appareil est intra-buccal.

Les mots sont très bien articulés, alors qu'autrefois il était loin d'en être ainsi.

Nous devons nos félicitations non seulement au chirurgien, mais encore au constructeur et à l'opéré qui, par son éducation et son énergie, a su obtenir de si beaux résultats.

M. Thiéry estimant que, comme lui, un certain nombre de collègues n'ont pas compris le mécanisme de ce si ingénieux appareil, demande à M. Sebileau de vouloir bien décrire au tableau, dans une prochaine séance, le dispositif de ce remarquable larynx artificiel.

Ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure corrigé par l'autoplastie par la méthode italienne

M. Paul Berger. — Le jeune garçon que je vous présente, à la suite d'une brûlure ayant affecté toute la partie inférieure de la face, présentait un retroussement complet de la lèvre inférieure dont la face muqueuse était renversée en avant. Le bord de la muqueuse se fixait au menton, recouvert en totalité par une épaisse cicatrice chiloïtienne. Les commissures latérales et les joues étaient constituées par ce tissu cicatriciel, très irrégulier et très dur. Au niveau de toutes ces parties, il ne restait plus un centimètre carré de peau normale. La salive s'écoulait incessamment sur le cou, la mastication était gênée et la bouche laissait échapper les aliments en même temps que la salive; l'articulation des mots était très défectueuse, et la muqueuse latérale renversée et excoriée était le siège d'une vive sensibilité.

C'est, comme dans tous les cas de ce genre, à la méthode italienne que j'eus recours pour corriger cette hideuse déformation. Il y a un peu plus d'un an, j'ai libéré par une grande incision le bord de la lèvre, j'ai relevé sa face muqueuse avec les faisceaux de l'orbiculaire qui la doublaient. Deux incisions latérales perpendiculaires ont permis de débarrasser complètement la face antérieure du menton et celle de la lèvre, ainsi que les commissures et les parties attenantes des joues de tout le tissu cicatriciel. Puis, sur ces parties ainsi avivées, j'ai transporté et fixé un grand lambeau cutané emprunté à la région bicipitale

gauche. Le pédicule de ce lambeau a été coupé le dixième jour; quelques petits compléments opératoires ont été nécessaires pour refaire les commissures labiales. On peut constater actuellement l'excellence du résultat. La lèvre inférieure est complètement restaurée et elle présente, ainsi que le menton, un revêtement cutané complet d'apparence normale, et l'on ne voit presque plus trace de l'horrible difformité que présentait ce jeune sujet. Les fonctions sont parfaites, la mastication des aliments, la prononciation, sont irréprochables.

C'est une des meilleures applications de la méthode d'autoplastie italienne, une des plus simples et des plus aisées comme exécution. J'y ai eu recours, dans un certain nombre de cas, et j'en ai toujours obtenu le résultat le plus satisfaisant. Je la recommande expressément à tous ceux de nos collègues qui auraient à réparer les conséquences des vastes brûlures de la face ayant déterminé un ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure.

M. AUVRAY. — *Rupture complète du rein droit et rupture du foie. Laparotomie latérale. Incision de Grégoire. Guérison.*

Rapporteur : M. MAUCLAIRE.

Présentation de pièce.

Dilatation idiopathique du côlon. Stercorémie.

M. TUFFIER présente un monstrueux calcul stercoral pesant 1 kilog 455 grammes et mesurant 15 centimètres de diamètre. Il a extrait ce calcul par entérotomie du gros intestin d'une malade atteinte d'une dilatation congénitale du côlon dite maladie de Hirschprung.

Le Secrétaire annuel,

H. CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — La lettre ci-contre de M. Masson.

Paris, le 23 février 1907.

Nous vous accusons réception de la lettre où vous nous signalez de nouveau un retard dans la distribution du *Bulletin* de la Société.

Nous en sommes d'autant plus contrariés qu'il ne dépend pas de nous d'y apporter le remède : le dernier numéro a été en effet remis à la poste le mardi avant quatre heures, c'est-à-dire dans les délais voulus pour qu'il soit distribué le mercredi au premier courrier. Nous avons fait à l'administration des postes une réclamation qui n'est pas la première, en lui transmettant votre lettre et en lui expliquant le préjudice causé par ces retards.

Vous n'ignorez pas qu'à la suite de la dernière épidémie de grippe, le Ministère a prévenu le public, par la voie des journaux, que le nombre des distributions d'imprimés serait momentanément réduit et que les journaux politiques, les lettres de mariage, d'enterrement, seraient seuls distribués sans aucun retard. Nous voulons espérer que cet état de choses ne se prolongera pas et vous pouvez assurer la Société, qu'en ce qui nous concerne, nous ferons nos efforts pour y remédier.

Veuillez agréer, monsieur le secrétaire, l'assurance de nos sentiments dévoués.

MASSON et Cie.

M. le Président annonce qu'une place de membre titulaire se trouve vacante, par suite de la nomination de M. Segond à l'honorariat.

Un délai de un mois est accordé aux candidats pour adresser leurs demandes.

A propos de la correspondance.

1°. — Observation de M. Macheneau (de Rochefort), intitulée : *Pied bot varus congénital, traité par le désossement du tarse.* — M. Walther, rapporteur.

2°. — Observation de M. Brin (d'Angers) : *Un cas de cæco-sigmoïdostomie.* — M. Lejars, rapporteur.

Rapports.

Sur une méthode de traitement des vieilles fistules anorectales extra-sphinctériennes sans incision du rectum,
par M. le Dr Jeanne, professeur à l'Ecole de Rouen.

Rapport par M. TUFFIER.

Les fistules anorectales et leur traitement ne sont plus guère à notre ordre du jour. L'antique division en fistules borgnes externes ou internes n'a plus d'intérêt, avec nos procédés opératoires modernes, et, pour ma part, j'ai toujours enseigné que l'origine et la nature des fistules dominaient toute leur histoire. La fréquence de la tuberculose est probablement la cause de leur guérison souvent difficile.

La question envisagée par M. le Dr Jeanne a trait à la thérapeutique d'une seule variété de fistules : les vieilles fistules anorectales *extra-sphinctériennes*, et le traitement qu'il nous propose est l'extirpation du trajet et des callosités *sans ouverture du rectum*. La variété pathologique est ainsi bien établie, et différenciée des fistules spéciales de l'espace pelvi-rectal supérieur, — fistules pelviennes. — L'intérêt qui s'attache au traitement de ces fistules tient à ce fait que pour leur appliquer le traitement habituel de l'incision, il est nécessaire de sectionner le sphincter et par conséquent de s'exposer à tous les dangers de cette section. Tillaux regarde l'incontinence comme à peu près fatale ; nous en avons tous

rappelé de cette conclusion et nous savons qu'une réunion primitive ou secondaire du sphincter en pareil cas est susceptible de remédier à cet accident. Toutefois, le danger existe et c'est pourquoi M. Jeanne a eu parfaitement raison de chercher à détruire et à extirper la fistule de toute la zone malade en respectant le sphincter.

Des trois observations qui appuient sa proposition, je vous résumerai la première et j'analyserai succinctement les deux autres.

Fistule ischio-rectale complète et ancienne, première intervention par simple incision, échec. — 2e Intervention, excision du trajet et des tissus indurés, libération et mobilisation complète du rectum jusqu'au-dessus de l'orifice intestinal de la fistule, guérison. Le tout chez une femme de cinquante-neuf ans, atteinte autrefois d'une coxalgie grave par ankylose et ayant eu une pleurésie à vingt-cinq ans. — Il est bien probable que les lésions anorectales étaient tuberculeuses. La malade portait depuis six ans une fistule siégeant sur la fesse droite et consécutive à un abcès. Deux ans après ce premier accident on avait incisé en vain le trajet, et quatre ans plus tard la situation et les connexions de la fistule étaient telles qu'il ne peut y avoir de doute sur son trajet extra-sphinctérien.

La fesse droite présente une large zone d'érythème suintant, au centre de laquelle s'ouvre un pertuis déprimé, à demi clos par un bourgeon, à bords non décollés, adhérents au contraire aux tissus voisins; plusieurs lignes et tractus cicatriciels, longs de 5 à 7 centimètres, vestiges de l'intervention, en partent en divergeant. Cet orifice siège au niveau de la commissure postérieure de l'anus, *mais à 5 centimètres en dehors, en pleine fesse par conséquent.* Ce qui surprend, c'est son adhérence à la profondeur, le manque absolu de souplesse, la résistance indurée des tissus qui l'entourent.

Le doigt, introduit dans le rectum, trouve que toute la moitié droite du canal anal forme un demi-anneau rigide, de consistance fibreuse, blindé, à muqueuse tendue, lisse, mince, rèche, immobilisée, donnant la sensation d'une membrane cicatricielle. Mais il n'est pas facile d'en faire l'inspection directe, car le tissu induré ne cède pas sous la pression du doigt; toute tentative de distension et de dilatation est inutile et douloureuse. A 1 centimètre environ au-dessus du sphincter, existe un petit godet que reconnaît le bout du doigt, où aboutit sans doute la fistule.

Mais il est impossible de le savoir; en effet, le stylet introduit dans le trajet passe dans l'épaisseur d'un mur fibreux et s'enfonce de 7 ou 8 centimètres, profondeur à laquelle on arrive à le sentir sous la muqueuse. Et si on essaye de le présenter au doigt au

niveau de la petite dépression pour essayer de l'y engager, on est arrêté tout de suite par l'inflexibilité du trajet fistuleux. Toutefois, il est bien certain que la fistule est complète, car les liquides injectés par l'orifice externe passent dans le rectum, et d'ailleurs elle livre passage à des gaz et même à des matières liquides, quand la malade a la diarrhée. Ainsi il s'agissait bien d'une fistule sus-sphinctérienne, traversant le creux ischio-rectal, ancienne, sinueuse, au milieu de callosités s'étendant à une grande distance. Elle suppurait abondamment, et la malade souffrait à la fois et de cette suppuration entretenant un érythème cuisant, et d'une tension perpétuelle dans l'anus et dans la fesse.

Le 6 août 1902, M. Jeanne décrit ainsi son opération :

Incision de 12 centimètres au moins sur la fesse droite, quasi-parallèle à la ligne médiane, quoique un peu incurvée, étendue de la grande lèvre qu'elle entame au côté droit du coccyx, et passant par l'orifice cutané de la fistule. Suivant autant que possible le trajet fistuleux, le perdant et le retrouvant tour à tour, je continuai la section des couches profondes, blanchâtres, ligneuses, criant sous le tranchant, et je finis par voir, après avoir déjà excisé et déblayé un peu le terrain, que le trajet se coudait en un point pour s'ouvrir quasi horizontalement dans le rectum par un orifice irrégulier de 5 à 6 millimètres de large. Alors j'excisai le tissu fibreux, vidant peu à peu le creux ischio-rectal, ne m'arrêtant partout qu'en plein tissu sain et souple ; en haut, le releveur de l'anus lui-même était infiltré et induré sur une grande étendue. Introduisant un doigt dans le rectum de façon à le tendre comme une étoffe qu'on ébarbe, je le disséquai au ras de sa paroi, de manière à ne laisser nulle induration ni autour de lui, ni dans son épaisseur, enlevant çà et là des fibres musculaires quand c'était nécessaire ; j'excisai ainsi une bonne partie du releveur, ne prenant garde en définitive qu'à deux choses : obtenir partout un rectum mobile au centre d'une excavation normale, et pousser la libération de cet organe jusqu'à 1 centimètre et demi ou deux au-dessus de l'orifice d'abouchement de la fistule. Dès lors, il n'y avait plus de vestiges de celle-ci que ce trou de la paroi rectale ; je cherchai à le fermer au moyen de deux catguts placés verticalement dans l'épaisseur du rectum, d'un bord à l'autre de l'orifice ; les fils serrés et noués, la paroi en se plissant devait l'obturer. Mais la mise en place des catguts fut pénible ; l'un coupa, l'autre fut mal serré de peur d'un semblable résultat, et finalement j'échouai. Mais en somme, il m'importait assez peu de clore la perforation intestinale ; j'avais réussi à la mettre en évidence, au-dessous du fond de la plaie, et je comptais bien que le bourgeonnement, comblant celle-ci peu à peu, fermerait l'orifice en arrivant à son niveau. C'est ce qui se produisit en effet dans la suite.

L'énorme excavation résultant de l'excision, qui allait transversalement du rectum à la paroi pelvienne et en haut jusqu'au cul-de-sac péritonéal, fut méthodiquement tamponnée à la gaze iodoformée. Les

suites opératoires furent apyrétiques, mais longues. Pendant deux mois, je fis moi-même les pansements, d'abord quotidiennement, puis tous les deux jours, veillant avec soin à ce qu'aucun recoin échappant au tamponnement ne formât clapier. Mais la guérison ne fut pas encore obtenue; la peau de la lèvre interne de l'incision s'était peu à peu recroquevillée et invaginée dans la plaie, s'opposant à l'occlusion de celle-ci. Quatre mois après, il restait encore un petit cul-de-sac admettant un crayon, profond de 4 centimètres environ et qui ne se fermait pas ; il fallut y abandonner un petit crayon de nitrate d'argent pour détruire la surface cutanée invaginée, et obtenir enfin la fermeture définitive de la plaie qui ne fut réalisée que près de cinq mois après l'intervention.

J'ai revu, depuis, la malade en bonne santé et à plusieurs reprises, notamment près de trois ans plus tard, en mars 1905. A cette dernière date, la guérison s'était maintenue d'une façon parfaite : le seul vestige de l'intervention est une longue cicatrice à direction antéro-postérieure, passant à deux doigts de l'anus, mobile et dépressible. Ce qui frappe, c'est que les parties molles sont aussi souples que du côté sain ; dans le canal anal, la muqueuse ne présente plus d'altérations sensibles, sauf qu'elle est un peu moins veloutée et que la paroi paraît un peu plus mince; mais somme toute, c'est la *restitution ad integrum.* La défécation se fait normalement; bien entendu il n'y a pas la moindre incontinence.

J'ai tenu à vous donner tous ces détails, parce qu'ils sont tous nécessaires pour bien établir le mode de traitement employé.

Obs. II. — *Fistule ancienne ischio-rectale complète. Excision complète du trajet et des tissus indurés sans incision du rectum, libération complète jusqu'au-dessus de l'orifice intestinal. Suture de cet orifice. Guérison.*

Louise H..., quarante ans, blanchisseuse. Bien portante. Léger éthylisme.

Fistule (consécutive à un abcès ano-rectal?) durant depuis trois ans, traitée par des cautérisations au galvano-cautère, des dilatations, des débridements; un médecin, entre autres, a conseillé l'abstention opératoire pour ne pas couper le sphincter.

Examen, mars 1903. Orifice cutané à 4 centimètres de l'anus et à son niveau. Trajet obliquement ascendant, long de 6 à 7 centimètres, formant défilé irrégulier, serré dans une gangue fibreuse, ne laissant pénétrer la sonde cannelée que jusqu'à 3 centimètres. Plus haut, en raison des inflexions du trajet, seul un stylet coudé y pénètre. La fistule est complète, bien que le stylet ne découvre pas l'orifice interse ; le lait injecté par l'orifice cutané passe dans l'intestin.

Opération le 13 mars 1903; excision large de toute la masse indurée et du trajet, découverte de l'orifice interne en côtoyant le sphincter et le rectum sans les entamer et libération complète du rectum au-dessus de cet orifice. En un mot, l'opération fut conduite exactement comme la précédente. Mais je réussis cette fois à fermer la petite plaie rectale,

au moyen de deux catguts placés verticalement dans la paroi de l'intestin, extra-muqueux, et serrés de manière à plisser cette paroi en adossant largement les bords de l'orifice. Malgré cela, je n'osai pas fermer la brèche d'étendue considérable, et la plaie, méthodiquement tamponnée, régulièrement pansée, ne se cicatrisa qu'au bout de trois mois et demi.

Il est à remarquer que la suture du rectum n'abrège pas la durée du traitement.

Guérison complète. Continence parfaite.

Obs. III. — *Fistule extra-sphinctérienne borgne externe, rétro-rectale, ancienne et profonde. Enorme induration autour du trajet. Excision. Libération du rectum. Guérison.*

M. R..., homme de quarante-sept ans, garde forestier. Santé vigoureuse; 6 enfants vivants, bien portants. Vit en plein air, au cœur d'une forêt. Abcès anal du côté droit en 1900, incisé. La suppuration se tarit en trois semaines. Guérison complète. Mais dix-huit mois plus tard, vers la fin de 1901, ressent quelques démangeaisons à la fesse gauche, y porte la main et retire ses doigts tachés de pus; ainsi s'installe sans douleurs une suppuration d'abord intermittente, puis permanente; au début en effet elle cessait pendant huit et même quinze jours; mais depuis la fin de 1902, elle est constante, particulièrement abondante à la suite de la marche.

Examen, 10 mai 1903. — Très vigoureux. Pas trace de tuberculose ni de syphilis. Sur la fesse gauche, à 3 doigts de la ligne médiane et à 1 doigt en arrière de l'anus, est un minuscule orifice, sans ulcération ni changement de coloration de la peau. Un stylet qui y est introduit, s'enfonce vers la ligne médiane, passe derrière le rectum et arrive jusqu'au bord droit de celui-ci; il pénètre à une profondeur considérable, 11 centimètres, disparaissant quasi tout entier; il glisse en frottant durement dans un trajet fibreux; le doigt introduit dans le rectum sent ce conduit immobilisé en arrière par une gangue épaisse et ligneuse. On ne trouve pas d'orifice interne à la fistule; du moins le stylet ne pénètre pas dans l'intestin, mais s'enfonce plutôt le long de lui.

Opération le même jour. — Incision en ⊥ dont la petite branche transversale part de l'orifice fistuleux pour aboutir sur la ligne médiane à un doigt en arrière de l'anus, et dont la grande se dirige en arrière sur une longueur de 13 centimètres à partir de la précédente, en suivant la ligne médiane. Résection du coccyx. Le trajet lisse monte à travers un tissus épais, blanchâtre, criant sous le bistouri; cette induration chronique s'étend haut et loin, derrière le rectum et sur ses côtés, surtout sur le côté gauche; au bistouri et aux ciseaux j'extirpe toutes ces masses, par morceaux gros comme de petites noix, formant une sorte de fibrome diffus; je ne m'arrête partout que lorsque je rencontre le tissu graisseux, à lobules jaunes, souples et fluide; le rectum est ainsi complètement disséqué en arrière et sur les côtés, très haut, au ras de la paroi musculaire, sans que j'y découvre un orifice fistuleux. La plaie forme une vaste excavation qui est bourrée de gaze, sans sutures ni drainage.

Trois mois après, il restait juste en arrière de l'anus un cul-de-sac de 4 à 5 centimètres de profondeur d'un calibre admettant l'index, et tapissé de beaux bourgeons charnus. Un mois après, la guérison était complète et ne s'est pas démentie. Un an après, le médecin du malade m'écrit que la région a retrouvé sa souplesse et ne présente qu'une cicatrice linéaire en ┘, indolore et mobile sur les parties profondes

Telles sont les observations de ces trois malades, qui ont guéri de fistules extra ou sus-sphinctériennes, complètes (du moins en deux cas), anciennes, calleuses, par un traitement dont les principes sont tout différents de la thérapeutique classique.

Au rebours de cette dernière, *on évite l'incision du rectum*, et on ménage le sphincter; côtoyant l'intestin, on *excise* complètement les tissus indurés périfistuleux avec le trajet, allant jusqu'au tissu graisseux normal, soucieux par-dessus tout de libérer et de *mobiliser* le rectum en le disséquant *jusqu'au-dessus de l'orifice rectal de la fistule*. Celui-ci découvert, je m'efforce de le fermer par une suture. Et en définitive *sans viser spécialement et exclusivement la fistule*, j'ai transformé une région déformée, indurée et infectée en une *excavation simple*, *aseptique* et *régulière* contenant un *intestin souple*, *mobile* et *clos*. Dans ces conditions, il n'existe pas d'obstacles à la fermeture de cette plaie, qui se produit sans encombre, comme on pouvait s'y attendre. Je crois, au reste, qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper beaucoup de l'occlusion de l'orifice rectal, si la dissection a été poussée à un centimètre ou deux au-dessus : l'échec de ma suture rectale chez ma première malade n'a nullement compromis la guérison.

En somme, si je voulais résumer ma ligne de conduite, je dirais que je cherche à placer le malade dans les mêmes conditions que s'il venait d'être atteint d'une *plaie aseptique du creux ischio-rectal, intéressant ou non le rectum sur une faible étendue*, *mais ayant épargné le sphincter*.

Une condition importante du succès me paraît résider dans le soin apporté aux pansements ; à mon sens, le chirurgien doit les faire lui-même ; dans les premières semaines surtout, il importe que la plaie reste aseptique, que le tamponnement soit très régulier, bien tassé, sans que la cavité soit distendue, et que la cicatrisation se fasse progressivement du fond à la surface, sans clapier. La négligence dans l'application de ces soins post-opératoires peut compromettre le résultat de l'opération la mieux exécutée.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Jeanne (de Rouen), pour ces intéressantes observations qui seront insérées dans nos *Bulletins*.

Deux cas de cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal par M. Paul Lecène.

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Le cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal passe généralement pour une maladie rare. Sur 20.480 autopsies faites à l'Hôpital général de Vienne de 1870 à 1881, Maydl trouve 100 cas de cancer du tractus intestinal et un seul de cancer de l'appendice. De même Nothnagel, sur 20.358 autopsies faites au même hôpital de 1882 à 1893, trouve 243 cancers de l'intestin et également un seul carcinome primitif de l'appendice. En vingt-trois ans, sur un total de plusieurs centaines de mille de malades, on n'aurait donc vu à l'Hôpital général de Vienne que deux cas de cancer de l'appendice.

Cette rareté apparente correspond-elle à une réalité ? On serait tenté d'en douter lorsqu'on voit Moschcowitz (1) publier trois cas de cancer de l'appendice, Elting (2) deux cas, Deaver six cas, observés dans leur pratique personnelle en un temps assez court, quelques années. C'est que le cancer de l'appendice peut très bien passer inaperçu ; il peut ne former qu'une tumeur assez petite, ou même ressembler en tous points à un appendice chroniquement enflammé. On en laisse certainement échapper des cas lorsqu'on ne fait pas systématiquement l'examen de tous les appendices un tant soit peu suspects. Ce qui tend à le faire croire, c'est que les 40 cas indiscutables réunis dans son mémoire par notre assistant, M. Lecène, ont tous été observés dans ces six ou huit dernières années.

Letulle et Weinberg (3), qui examinent systématiquement tous les appendices qu'on leur apporte, en ont pu réunir quatre observations en l'espace de quatre ans.

Deaver, qui en avait publié antérieurement quatre cas (4), en trouve encore deux nouveaux sur les cinquante derniers appendices qu'il a enlevés (5).

Les deux cas observés par M. Lecène correspondent à une série de cinquante appendicites observées dans mon service ou dans ma

(1) A. V. Moschcowitz. *Annals of surgery*, juin 1903, p. 891.

(2) Arthur W. Elting. *Annals of surgery*, avril 1903, p. 549.

(3) Letulle et Weinberg. *Archives des sciences médicales*, Paris 1897, p. 324, et *Bull. de la Soc. anatom.*, Paris, 1900, p. 374.

(4) John B. Deaver. *A treatise on appendicitis*, London, 1900, p. 95.

(5) John B. Deaver, A year's expérience in intestinal surgery, *American journ. of medic. sciences*, Philadelphie, décembre 1906, p. 844.

pratique privée et examinées par lui. La maladie serait donc beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose. On le comprendra facilement si l'on lit avec un peu d'attention les deux observations de Lecène qui, sans l'examen microscopique, auraient pu être regardées comme des appendicites vulgaires.

Obs. I. — Mad. K..., vingt-neuf ans, entre le 29 août 1902 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Hartmann, pour des douleurs abdominales. Quatre jours auparavant, elle a été prise d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite ; la douleur d'abord diffuse s'est bientôt localisée en un point précis, que montre la malade et qui correspond au point de Mac Burney. Elle a vomi plusieurs fois le même jour.

Lorsque cette crise a débuté, elle était constipée et avait pris l'avant-veille du début des accidents une purgation qui avait provoqué dix-sept garde-robes. Le médecin consulté porta le diagnostic d'appendicite et prescrivit la diète en même temps que des applications de glace sur le ventre. Les douleurs et les vomissements cessèrent, mais, comme il persistait un peu de fièvre, le médecin conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

Lors de l'entrée, la température est de 38°3, le pouls à 95 ; le facies est bon, nullement grippé ; les vomissements ont cessé ; il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours, mais des gaz ont été rendus ; la malade urine seule et l'urine ne contient pas d'albumine.

Le ventre est légèrement météorisé ; il y a de la contracture de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite et, en pressant un peu fortement sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale, on détermine une douleur vive.

La fosse iliaque est sonore dans toute son étendue ; le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est en antéversion normale, mobile, non douloureux et que les annexes ne présentent rien d'anormal.

Etant donnés les symptômes actuels et l'histoire de la maladie, je porte le diagnostic d'appendicite et prescris la diète hydrique et l'application de glace sur le ventre.

Les jours suivants, la contracture de la paroi disparaît, ainsi que la douleur, et la température redevient normale.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été constipée depuis son enfance. A vingt ans, elle a eu la fièvre typhoïde, à vingt-cinq ans l'influenza. Les règles sont régulières; la malade est mariée ; elle a eu deux enfants à terme et une fausse couche.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de néphrite à soixante ans ; la mère, bien portante, a soixante-neuf ans ; un frère est mort de tuberculose pulmonaire.

Opération le 16 septembre 1902 par M. Lecène. Incision sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit; on ouvre le péritoine et l'on trouve facilement le cæcum et l'appendice. Ce dernier est recourbé en cor de chasse et présente deux bosselures dures, l'une de la grosseur d'une noisette au niveau de l'insertion de l'appendice sur le

cæcum, une autre du volume d'une grosse noix sur le corps de l'appendice; entre les deux l'appendice est manifestement rétréci. Dans le méso-appendice existent deux nodules durs du volume d'un pois chacun. On extirpe l'appendice et son méso le plus loin possible à cause des nodules qui y sont inclus.

Au niveau de l'insertion de l'appendice on excise la paroi cæcale à cause de la bosselure qui ne permet pas de lier facilement l'appendice. Celui-ci enlevé on enfouit son moignon sous une suture circulaire en bourse.

Fermeture de la paroi à trois plans de catgut.

Suites opératoires. — La guérison est rapide et sans complications; la malade quitte l'hôpital le 10 octobre 1902. Elle est revue en novembre 1906, soit quatre ans et un mois après l'opération, en parfait état. La cicatrice est solide; la malade, qui a engraissé notablement, ne se plaint d'aucun malaise; à la palpation profonde de la fosse iliaque droite, on ne sent absolument rien.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée comprend l'appendice et son méso. L'appendice présente à son insertion cæcale une bosselure du volume d'une noisette, qui fait saillie sous la muqueuse du cæcum et au centre de laquelle on aperçoit la lumière appendiculaire. Autour de cette saillie, on voit une collerette de cæcum normal réséqué en même temps que l'appendice. Au-dessous de cette première bosselure est un rétrécissement, puis une nouvelle bosselure du volume d'un gros pois. Dans le méso, on voit deux nodules durs, semblant être des ganglions lymphatiques envahis. A la coupe, les bosselures sont blanchâtres, dures, formées d'un tissu homogène. Après cet examen à l'œil nu, M. Lecène pensa tout d'abord qu'il s'agissait de tuberculose; en réalité il n'en était rien, comme le montra l'examen histologique des bosselures de l'appendice et des nodules du méso.

Sur une coupe faite à la jonction du cæcum et de l'appendice, examinée à un faible grossissement (fig. 1), on voit, à droite, en A la muqueuse du cæcum absolument saine avec ses glandes coupées en travers, et en B un follicule clos. En D, au contraire, et vers la partie gauche de la figure, on voit que la muqueuse cæcale est infiltrée par des boyaux épithéliaux qui viennent de la profondeur; il n'existe cependant pas d'ulcération; en E on aperçoit l'infiltration néoplasique diffuse qui correspond à la bosselure de l'insertion cæcale de l'appendice.

En examinant ce dernier point à un plus fort grossissement (390 fois) on voit (fig. 2), quelques-uns des tubes épithéliaux atypiques qui constituent la masse de la tumeur. Cette coupe présente tout à fait l'aspect de l'adéno-carcinome, c'est-à-dire de l'épithélioma atypique, ayant encore vaguement l'aspect glandulaire, mais déjà diffus et carcinomateux (infiltration dans le tissu conjonctif avoisinant des cellules épithéliales atypiques des culs-de-sac glandulaires). Dans la partie droite du dessin, on voit même un petit vaisseau dont la lumière est envahie par les cellules cancéreuses.

La coupe d'un des nodules occupant l'épaisseur du méso-appendice

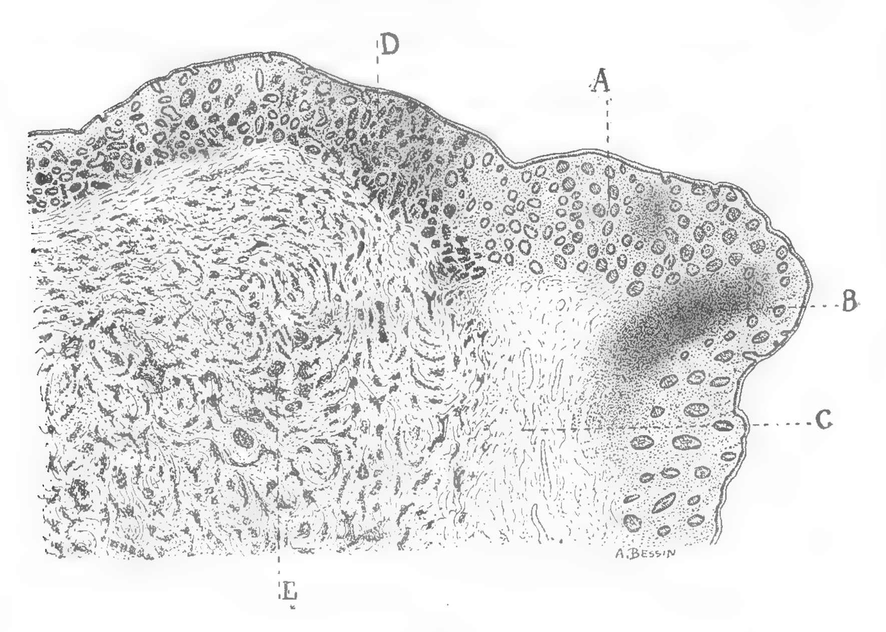


Fig. 1.

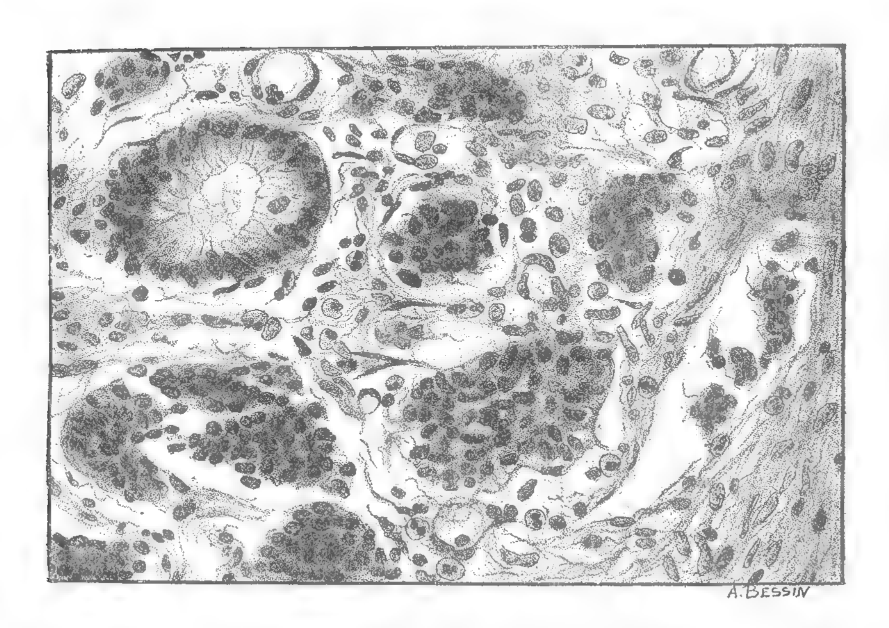


Fig. 2.

(fig. 3) montre, au centre, en A, l'artère appendiculaire facilement reconnaissable ; en C, un petit nerf coupé en travers; tout autour de l'artère et du nerf, on voit des boyaux carcinomateux qui infiltrent le tissu conjonctif. En quelques points, on retrouve de vagues dispositions glandulaires au milieu des boyaux épithéliaux.

Les nodules du méso-appendice correspondaient donc, non à un envahissement ganglionnaire, mais à une infiltration carcinomateuse du tissu conjonctif du méso.

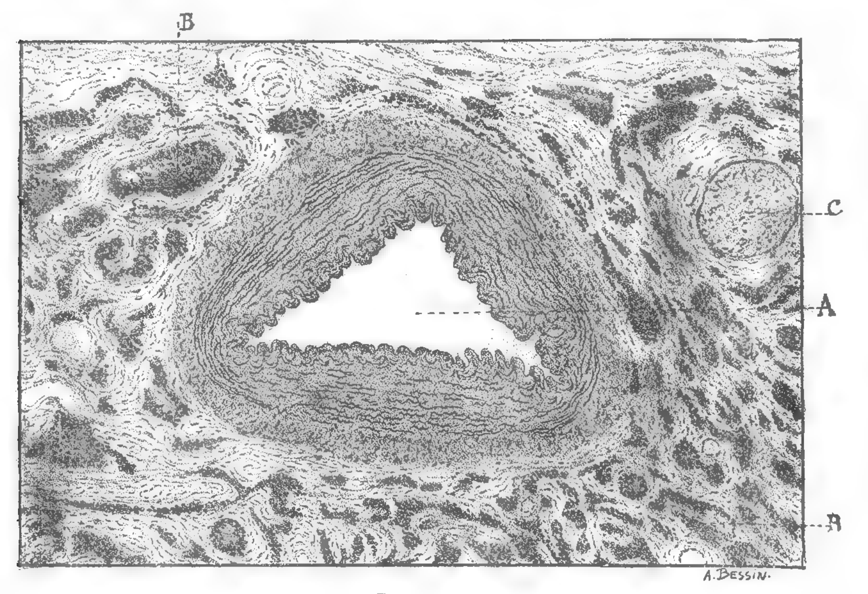


Fig. 3.

Obs. II. — Homme de trente-deux ans, employé de bureau, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hartmann, le 4 juillet 1906, pour un abcès de la fosse iliaque droite. Le malade raconte qu'en juillet 1902, il eut pour la première fois des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite pendant deux à trois jours. Un an après, en 1903, des douleurs analogues réapparurent dans la fosse iliaque droite ; dans aucune de ces crises il n'y eut de fièvre, ni de vomissements. En septembre 1904, nouvelle poussée douloureuse dans la fosse iliaque droite, accompagnée de fièvre et d'alternatives de constipation et de diarrhée. Un chirurgien appelé fit une incision iliaque et y plaça un drain par lequel s'écoula du pus pendant une douzaine de jours.

Depuis cette opération, le malade n'avait pas souffert, lorsqu'il y a quelques jours, fin juin 1906, réapparurent des douleurs vives dans la fosse iliaque, au-dessous de la cicatrice, accompagnées de fièvre, 38°5.

Actuellement, 4 juillet 1906, on constate dans la fosse iliaque droite une cicatrice longue de 10 centimètres environ, parallèle à l'arcade crurale située à deux travers de doigt au-dessus d'elle. Cette cicatrice

est rouge, luisante, soulevée par une tuméfaction sous-jacente. A la palpation, on trouve, au-dessous de la cicatrice, une masse dure, très douloureuse à la pression, du volume d'une mandarine environ, adhérente à la paroi abdominale antérieure, à la cicatrice et immobile sur les plans profonds.

Je porte le diagnostic d'abcès sous-jacent à la cicatrice, et, le 6 juillet, on incise celle-ci; il s'écoule aussitôt une certaine quantité de pus vert foncé, d'odeur fécaloïde ; on met un gros drain dans la plaie sans rechercher l'appendice. Guérison rapide. Le malade quitte l'hôpital le 22 juillet, promettant de revenir en septembre pour faire enlever son appendice.

Il rentre dans le service le 27 septembre 1906; à ce moment, la cicatrice est souple ; il n'existe aucune douleur locale à la pression et on ne trouve aucune tuméfaction dans la fosse iliaque.

Opération le 29 septembre 1906 par M. Lecène. Extirpation complète de l'ancienne cicatrice ; ouverture du péritoine ; on trouve immédiatement l'appendice qui adhère intimement par sa pointe au péritoine de la fosse iliaque. On libère cette adhérence en disséquant le péritoine en collerette tout autour de la pointe de l'organe ; ensuite extirpation de l'appendice après ligature du méso, qui ne présente rien d'anormal. Enfouissement du moignon appendiculaire par une ligature en bourse séro-musculaire sur la paroi cæcale. On referme la paroi abdominale en suturant en un seul plan de fil d'argent fort. Pas de drainage.

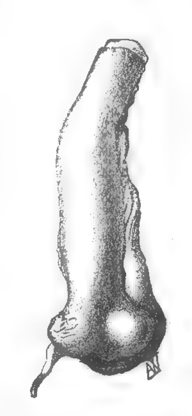


Fig. 4. — Epithéliomes de l'appendice.

Suites opératoires. — La guérison est rapide ; réunion par première intention ; le malade est sorti le 20 octobre 1906 et n'a pas été revu.

Examen de la pièce. — L'appendice enlevé présente au niveau de sa pointe une déformation curieuse (fig. 4) ; il existe à ce niveau deux bosselures latérales, arrondies, perpendiculaires à la direction générale de l'appendice que nous prenons, à première vue, pour des diverticules de l'appendice. Le diverticule externe est encore recouvert des adhérences qui l'unissaient au péritoine pariétal de la fosse iliaque ; le diverticule interne, au contraire, est arrondi, hémisphérique et recouvert d'un péritoine viscéral normal (fig. 4).

L'examen histologique seul pouvait nous montrer s'il s'agissait bien réellement d'un diverticule de l'appendice. Des coupes étagées, comprenant toute l'extrémité de l'organe, furent pratiquées.

Elles nous montrèrent qu'il n'y avait pas, en réalité, de diverticule ; la saillie hémisphérique interne était tout simplement l'extrémité distale de l'appendice, présentant, d'ailleurs, des lésions d'appendicite chronique (sclérose de la sous-muqueuse et infiltration embryonnaire de la musculo-séreuse), tandis que la saillie externe, celle qui adhérait à la fosse iliaque, était un nodule carcinomateux développé dans la

paroi de l'appendice. La structure de l'épithélioma atypique cylindrique était des plus caractéristériques et l'infiltration des pseudo-tubes glandulaires dans la musculaire ne laissait aucun doute sur le diagnostic histologique de la lésion.

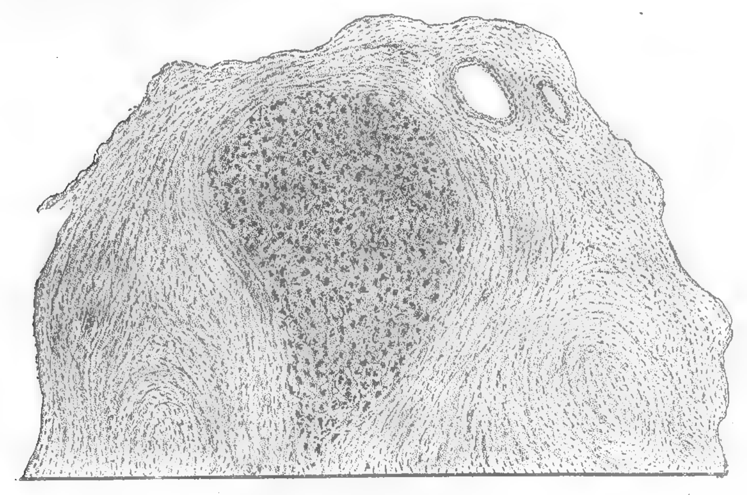


Fig. 5.

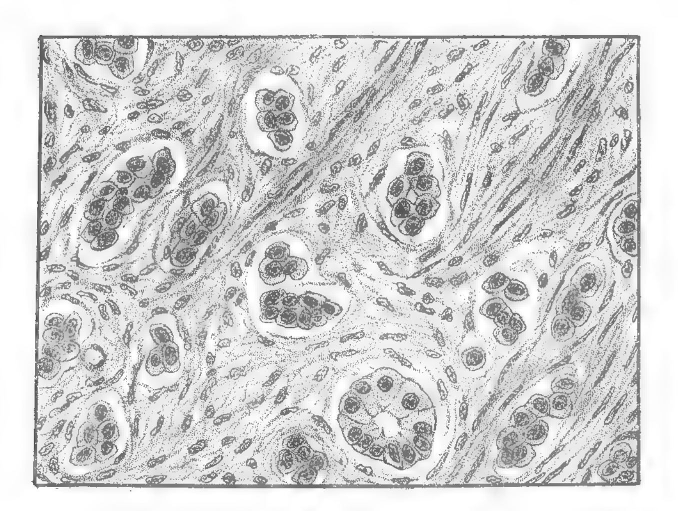


Fig. 6.

Il y avait donc eu sur l'extrémité distale de l'appendice développement d'un tout petit foyer d'épithéliome cylindrique. L'examen de nos coupes nous a permis de constater que l'infiltration néoplasique s'arrêtait dans la sous-séreuse et que les débris de tissu conjonctif, qui reprétaient les adhérences péri-appendiculaires, n'étaient pas envahis par l'épithélioma.

Ces deux observations, rapprochées d'une quarantaine d'autres cas rassemblés par M. Lecène, permettent de tracer l'histoire encore peu connue du cancer de l'appendice.

Anatomie pathologique. — Le cancer de l'appendice ne forme presque jamais une tumeur volumineuse. Dans toutes les observations, sauf deux (1 de Pauchet, 1 de Elting), l'appendice ne présentait, à l'œil nu, que des lésions d'apparence banale. Il est gros, un peu adhérent, coudé ou rétréci en un point; quelquefois, il existe une bosselure que l'on est tenté d'attribuer à la présence d'un calcul stercoral avant l'ouverture de l'appendice. Dans la première observation de Lecène, il existait deux bosselures du volume d'une petite noisette, séparées par une portion rétrécie; dans la seconde, une petite saillie qui fit penser à un diverticule de l'appendice.

Souvent même, l'appendice ne présente que quelques adhérences à sa surface, et *seul l'examen histologique fait constater*, au lieu des lésions banales d'appendicite qu'on s'attendait à trouver, *la structure typique de l'épithélioma.*

Assez souvent, le cancer de l'appendice se développe sur un point rétréci, quelquefois même complètement oblitéré. Nous trouvons là un cas particulier de ces faits bien connus, de *développement d'un épithélioma sur une lésion cicatricielle.*

D'une manière générale, l'infiltration néoplasique est limitée à un point; *s'étend-elle quelquefois au cæcum?* Il est difficile de répondre à cette question; il faudrait, pour le faire, un cancer de l'appendice et une extension cæcale tout à fait au début. Chez un de nos opérés de résection iléo-cæcale, nous avons bien constaté une tumeur du fond du cæcum et un appendice complètement adhérent à la face postérieure de celui-ci infiltré de cancer, mais il nous est impossible de dire que l'un avait précédé l'autre.

Il nous est de même difficile de décrire les *propagations ganglionnaires* du cancer de l'appendice, les observations étant presque toujours muettes sur ce point.

Les *généralisations* ne sont de même pas décrites; dans une observation de Lejars, cependant, on voit notée une infiltration ganglionnaire très étendue jusqu'aux ganglions sous-claviculaires gauches, et même un noyau sous la peau de la paroi abdominale.

Histologiquement, le cancer de l'appendice est toujours un *épithélioma cylindrique atypique*, un adéno-carcinome, plus rarement un carcinome alvéolaire. La lésion débute au niveau de la muqueuse et de ses glandes; rapidement, elle envahit la *muscularis mucosæ* et les différentes tuniques de l'organe.

Dans quelques cas, cependant, l'aspect est un peu particulier, dans ceux où le cancer débute sur un tissu de cicatrice; on peut

alors trouver simplement des boyaux d'épithélioma atypique, semés irrégulièrement dans un tissu conjonctif dense, cicatriciel, qui a remplacé l'ancienne muqueuse et même les couches musculaires reconnaissables à quelques amas dispersés de fibres musculaires lisses. C'est ce qui existait dans la deuxième observation de M. Lecène.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer primitif de l'appendice *semble se développer principalement entre* 20 *et* 30 *ans*; sur 30 cas, nous en trouvons 12, de 20 à 30; 7, de 10 à 20; 6, de 30 à 40. Le sexe semble sans influence. Au contraire, l'existence d'une inflammation antérieure de l'appendice semble avoir une très réelle importance. Dans 14 observations sur 27 où l'histoire clinique est rapportée, soit dans plus de la moitié des cas, il y avait eu nettement plusieurs crises d'appendicite, à une date suffisamment éloignée pour qu'on ne puisse supposer qu'à cette époque déjà existait une lésion épithéliomateuse. De plus, l'examen histologique, en montrant l'existence de rétrécissements fibreux, reliquats d'inflammation ancienne, conduit à penser que, dans un certain nombre de cas, on se trouve en présence d'un *épithélioma de cicatrice*, évoquant au niveau de l'appendice l'idée d'une *lésion comparable à l'ulcéro-cancer de l'estomac.*

Nous noterons, en passant, que, dans trois cas de Letulle et Weinberg, le cancer de l'appendice s'était développé chez des tuberculeux, fait en opposition avec la conception, qu'on tend du reste aujourd'hui à abandonner, d'un antagonisme entre la tuberculose et le cancer.

ÉTUDE CLINIQUE. — Le cancer primitif de l'appendice n'a pas d'histoire clinique particulière. *Il est latent* et rencontré par hasard, soit dans une autopsie (Letulle), soit au cours d'une intervention gynécologique (Norris, Elting, H. Kelly, Jessup, N. R. Mason et L. R. Rhea), ou *il évolue comme une appendicite*, soit aiguë (Wright, Harte et Wilson, Moschcowitz, Deaver, Lecène), soit chronique (Rolleston, Jalaguier, Villar, Harte et Wilson, Lejars, Giscard, Moschcowitz, Neri, Weir).

Jusqu'ici, le diagnostic clinique exact n'a jamais été porté avant l'opération, ce qui s'explique facilement par l'absence de symptômes propres à la maladie.

Seuls, les cas où le cancer de l'appendice a envahi le cæcum et formé une masse plus ou moins volumineuse, accessible à la palpation, pourraient faire diagnostiquer un cancer; mais nous avons laissé ces cas de côté, parce que rien alors ne permet d'affirmer que l'appendice a été le point de départ de l'affection.

TRAITEMENT. — Le traitement est, cela va de soi, exclusivement chirurgical, et consiste dans l'*ablation large de l'appendice et de*

son méso, au cas où celui-ci présente, comme dans une des observations de Lecène, des nodules suspects dans son épaisseur.

Ce qui se dégage de ce que nous avons dit, c'est qu'étant donné la fréquence, beaucoup plus grande qu'on ne le supposait, du cancer de l'appendice, il y a lieu, toutes les fois qu'on pratique une opération dans le voisinage du cæcum, dans les cœliotomies pour maladie de l'appareil génital de la femme en particulier, de *faire l'examen de l'appendice* et de l'*enlever toutes les fois qu'il présente une altération apparente quelconque*.

Nous ajouterons que la fréquence relative du développement d'un cancer sur un appendice antérieurement enflammé est un *argument* à ajouter à ceux déjà donnés, *en faveur de l'ablation systématique de tout appendice qui a été le siège d'une ou de plusieurs poussées inflammatoires*.

Les résultats immédiats de l'opération sont bons; quant aux *résultats éloignés*, ils sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse établir définitivement sa valeur; ils sont toutefois, en général, *encourageants*. Si, dans un cas de Lejars, la récidive fut rapide et survint trois mois après l'intervention, nous trouvons déjà une série d'opérés sans récidives après quatre ans (Lecène), trois ans (Weir), deux ans (Moschcowitz), un an (Moschcowitz, Mac Adam Eccler).

En terminant, nous insisterons de nouveau sur la nécessité qu'il y a de faire l'examen histologique de tout appendice enlevé présentant une cicatrice un peu épaisse, un nodule quelconque dans l'épaisseur de sa paroi; c'est en faisant systématiquement ces examens qu'on arrivera à découvrir nombre de cancers primitifs de l'appendice qui, certainement, passent inaperçus.

BIBLIOGRAPHIE

Battle, *Lancet*, 29 juillet 1905, t. II, p. 291. — **Beger**, *Berlin. klin. Woch.*, 1882, t. XIX, p. 616. — **Burnam**, *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1904, p. 136. — **Cullinworth** et **Corner**, *Lancet*, 12 nov. 1904, t. II, p. 1340. — **Deaver**, *A treatise on appendicitis*, 1900, p. 95, et *Americ. J. of med. Sc.*, Philad., déc. 1906, p. 844. — **A. W. Elting**, *Annals of surgery*, avril 1903, p. 549. — **Giscard**, *Thèse de Toulouse*, 1900. — **Goffe**, *Medic. Record.*, N.-Y., 6 juillet 1901, t. LX, p. 14. — **Harte** et **Wilson**, *Medical News*, 2 août 1902, p. 193. — **Hurdon**, *John Hopkins Hospital Bulletin*, 1900, p. 175. — **Jessup**, *Med. Record*, 23 août 1902, p. 289. — **F. Jones** et **C. Simmons**, *Boston med. and sugic. journ.*, 24 nov. 1904, t. CLI, p. 567. — **Landau**. *Presse médicale*, 1906, n° 99, p. 804. — **Lejars**, *Thèse de Claude*, Paris, 1903, n° 286. — **Letulle** et **Weinberg**, *Arch. des Sc. médic.*, 1897, p. 324 et *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 374. — **Mac Burney**, *Medic. Record*, N.-Y., 21 sept. 1901, p. 478. — **Mac Adam Eccler**, *Amer. J. of med. Sc.*, juin 1906, p. 966. — **Moschcowitz**, *Annals of surgery*, juin 1903, p. 891. — **Mossé** et **Daunic**, *Bull. de la soc. anat.*, nov. 1897, p. 814. — **Nathaniel Mason** et **Lawrence Rhea**, *Bost. med. a surg. J.*, 10 janv. 1907, p. 44. — **Neri**, *Riforma medica*, 8 juin 1904, p. 623. — **Norris**, *University of Pennsylvania medic. bulletin*, nov. 1903, p. 334. — **Pauchet**, *Gaz. méd. de Picardie*, mai 1900. — **Rolleston**, *Lancet*, 7 juillet 1900, p. 11. — **Rolleston**

et Jones, *Medico-chir. Transactions*, London, 1906, t. LXXXIX. — **Stimson**. *Annals of surgery*, 1896, t. XXIII, p. 186. — **Taayer**, *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 1906, nº 6. — **Villar**, *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 janv. 1904, p. 3. — **Weir**, *Arch. intern. de chir.*, 1903, t. I, p. 212. — **Wright**, *Boston med. a. surg. Journ.*, 1898, t. CXXXVIII, p. 150. (Un certain nombre d'autres observations ont été publiées comme cancers primitifs de l'appendice, mais comme elles manquent d'examen histologique complet ou comme elles sont publiées sous le titre d'endothéliomes de l'appendice, dénomination sous laquelle on a décrit soit des épithéliomas, soit certaines variétés de sarcomes, M. Lecène a préféré les laisser de côté, de manière à ne faire reposer cette étude que sur des cas indiscutables d'épithéliomas de l'appendice.)

M. Ch. Monod. — Je suis loin de vouloir mettre en doute la compétence de M. Lecène, dont je connais la haute valeur scientifique. Mais pour une lésion aussi rare, au moins autrefois, comme nous le rappelait M. Hartmann, — et qui en réalité serait fréquente, — il importerait peut-être que les examens histologiques établissant la nature carcinomateuse des lésions trouvées, fussent soumis à un autre histologiste, à M. Cornil ou à M. Letulle, par exemple — un second avis concordant pouvant éviter pour l'avenir toute contestation sur l'interprétation adoptée.

M. Routier. — Je ne veux faire qu'une simple remarque à propos de la communication de mon collègue et ami M. Hartmann ; nous avons tous, les uns et les autres, enlevé beaucoup d'appendices, je n'ai jamais entendu parler de récidives pouvant de près ou de loin faire penser au cancer.

Pour ma part, depuis 1889, j'ai enlevé un très grand nombre d'appendices ; il est vrai que j'ai eu le grand tort de ne pas les faire tous examiner systématiquement ; je me suis contenté d'envoyer aux histologistes ceux de ces appendices qui me paraissaient plus ou moins extraordinaires.

C'est ainsi que j'ai pu vous présenter ici un cas de myxome de l'appendice, dont l'examen même avait laissé quelques doutes dans l'esprit de celui auquel je l'avais confié ; mais l'évolution de la maladie confirma bien nos craintes ; je vous ai montré la malade un an plus tard avec un myxome de l'amygdale, et de gros ganglions ; et huit mois plus tard elle a succombé avec une généralisation.

D'après la communication de M. Hartmann, en gardant les mêmes proportions, j'aurais dû opérer sans le savoir près d'une soixantaine de cancers de l'appendice : ce serait toujours un cancer bien bénin, puisque je n'ai jamais eu de récidive ; — je crois donc, jusqu'à plus ample informé, que M. Hartmann est tombé sur une série bien malheureuse, et que le cancer de l'appendice restera une maladie rare.

M. Hartmann. — Les coupes n'ont été examinées que par M. Lecène, dont la compétence en anatomie pathologique me-

semble bien établie. Toutefois, pour satisfaire M. Monod, rien n'est plus simple que de les soumettre à M. le professeur Cornil : c'est ce que je ferai cette semaine.

A mon ami Routier, je répondrai que de ce fait qu'il n'a jamais vu d'épithéliomas de l'appendice, il ne s'ensuit pas que cette maladie soit d'une extrême rareté. Certains cas peuvent très bien passer inaperçus. Il faut que l'attention soit éveillée sur une lésion pour qu'on la note régulièrement au passage et qu'on ne la laisse pas échapper. Actuellement, le plus grand nombre des observations d'épithéliomas de l'appendice a été publié en Amérique, parce que les premiers faits ont été relatés par des auteurs américains.

Le même fait s'est vu pour toute une série d'affections. Pendant des années on n'a pas relevé un seul cas d'actinomycose ; s'ensuit-il qu'il s'agissait d'une affection d'une rareté extrême ? Pas le moins du monde, on ne la connaissait pas, on n'en voyait pas. Puis on a observé l'actinomycose dans la région lyonnaise, parce qu'elle avait été décrite par un Lyonnais. Aujourd'hui, on voit l'actinomycose à Paris, probablement moins souvent encore qu'elle n'existe. Peut-être que dans quelques années on nous apportera ici une série de cas de cancers appendiculaires.

L'absence de récidives cancéreuses après l'appendicectomie ne me paraît pas non plus un argument à invoquer. Lorsque le cancer est limité à l'appendice, et je n'ai parlé que de pareils cas, l'appendicectomie enlève tout le mal ; il n'y a pas de récidives ; les récidives dans le cancer ne sont que des continuations d'évolution de noyaux laissés en place ; dans l'ablation de l'épithélioma limité à l'appendice l'ablation est totale, le résultat éloigné doit donc être excellent.

Communication.

Sur un cas de hernie inguino-propéritonéale chez la femme ayant simulé un rétrécissement de l'intestin,

par M. Ed. SCHWARTZ.

Les cas de hernie propéritonéale sont rares. Bien étudiées depuis le mémoire de Krönlein en 1880 (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. XXV, p. 548) elles ont été surtout observées chez l'homme et reliées (22 fois sur 27) comme pathogénie à des vices de conformation du canal vagino-péritonéal. Elles consistent essentiellement en deux sacs, l'un inguinal proprement dit, l'autre sous-péritonéal, s'ouvrant tous deux de chaque côté d'un éperon dans l'abdomen par un orifice profond, généralement fibreux, très

inextensible et très enclin à produire l'étranglement. Généralement les viscères, intestin et épiploon pénètrent de préférence dans le sac propéritonéal, alors que le sac inguinal reste deshabité.

Krönlein dans son mémoire si remarquable insiste sur ce fait que c'est sur la table d'autopsie que l'on a reconnu la nature de la hernie à la suite de kélotomies terminées toujours par la mort par méconnaissance de l'étranglement profondément situé. Cependant dans une note parue un an après son principal mémoire (*Archiv für klinische Chirurgie*, p. 521, 1881) il relate deux faits, l'un de lui, l'autre de Rossander, où le diagnostic put être porté et la mort évitée grâce à une opération rationnelle. Voici notre observation, qui concerne une hernie non étranglée et chez la femme.

Mme H..., âgée de soixante-deux ans, a toujours été bien portante. C'est, il y a neuf ans, sans qu'elle puisse trouver aucune raison à ce fait, qu'elle a commencé à ressentir des troubles du côté du bas-ventre. Cela a d'abord été un point douloureux, puis de temps à autre se formait une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, qui était douloureuse.

Depuis environ six ans, elle affirme que la région a presque constamment été le siège d'une gêne douloureuse ne lui laissant que peu de répit. Elle sentait presque toujours un point douloureux dans la fosse iliaque droite et souvent cela coïncidait avec la sensation d'une boule qui se formait à ce niveau. Depuis deux ans, la malade est prise de véritables crises d'occlusion légère, se traduisant par de la douleur vive dans le côté droit, la formation d'une tumeur dure, tendue dans la fosse iliaque droite, avec absence de gaz et de selles pendant deux, trois jours, jamais de vomissements, sans fièvre, mais avec une anorexie absolue. Rien n'explique l'apparition de ces crises, la malade suivant un régime alimentaire très sévère et veillant strictement à la liberté du ventre. Elle en a eu treize depuis 1901.

Nous sommes appelé auprès d'elle le 9 janvier 1907, pour une vraie crise d'occlusion aiguë.

La malade est très fatiguée : elle a été prise l'avant-veille au soir de douleurs vives dans le bas-ventre en même temps que se formait dans le côté droit une tumeur qui est devenue tendue et dure. Elle a vomi plusieurs fois des glaires et de la bile, n'a pas été à la selle et n'a pas rendu de gaz. Anorexie absolue.

L'examen du ventre nous permet de constater les faits suivants : le ventre est ballonné et tendu, pas cependant assez pour qu'on ne puisse sentir dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur rénitente et dure qui donnerait tout à fait l'idée d'un volvulus, si elle se trouvait à gauche ;

elle est sonore à la percussion, on peut la délimiter facilement en haut, en dehors et en dedans ; en bas l'on trouve en dessous d'elle et en dehors comme un boudin situé transversalement, dur, roulant sous la main qui explore profondément. L'exploration est douloureuse. Nous constatons manifestement que les pressions exercées sur la tumeur la réduisent peu à peu, puis tout d'un coup elle se réduit franchement et disparaît totalement en même temps que la malade accuse un grand soulagement.

Lorsqu'elle est réduite, on sent toujours roulant dans la fosse iliaque et transversalement dirigée une masse comme cylindrique collée sur elle et ne se laissant que peu mobiliser.

Nous ne pûmes nous empêcher de dire que, pour nous, il s'agissait très probablement d'une hernie interne se faisant sous une bride péritonéale ou sous une masse formée par des adhérences, peut-être l'appendice.

Toujours est-il que les accidents disparurent très rapidement, la malade alla abondamment à la selle le lendemain et se rétablit rapidement.

L'état général entre les crises était excellent; il n'y avait pas d'amaigrissement, l'examen des urines nous montra que l'élimination se faisait dans de bonnes conditions. Notre diagnostic fut : hernie interne s'étranglant de temps à autre et pouvant donner lieu à des accidents graves. Notre première opinion, avant la constatation de la réduction faite sous nos doigts, avait été qu'il pouvait bien s'agir d'un rétrécissement organique de l'intestin avec dilatation au-dessous, quoique la durée des accidents et l'état général de la malade ne fussent pas d'accord avec cette hypothèse. En tout cas, il nous sembla qu'il fallait intervenir et ne pas attendre qu'une nouvelle occlusion se produisît.

Avant d'opérer nous fûmes d'avis de nous éclairer en priant le professeur Berger de venir voir notre malade et de l'examiner dans une période de calme. Notre maître constata comme nous l'existence de cette masse transversale mobile mais adhérente à la fosse iliaque droite roulant sous le doigt, celle d'une dilatation de l'intestin qui se laissait réduire au-dessus d'elle. Tout en espérant qu'il pouvait s'agir d'une lésion bénigne, il ne put s'empêcher comme nous de penser à la possibilité d'un rétrécissement organique du gros intestin ou de la terminaison de l'iléon, étant donné l'âge de la malade et la répétition fréquente des petites crises d'occlusion. Il fut d'avis comme nous d'intervenir ; on disposa tout pour une opération d'iléosigmoïdostomie, si l'obstacle ne pouvait être levé ou la lésion enlevée directement.

L'opération fut acceptée et pratiquée le 30 janvier 1907. Notre plan était d'aller directement rechercher la nature de la lésion

par une incision dans la fosse iliaque droite comme pour une tumeur de cette région, puis de nous conduire suivant ce que nous trouverions. Si la nature organique de la lésion était démontrée en même temps que l'impossibilité de son ablation, nous ferions par la ou par une incision médiane surajoutée une anastomose entre la fin de l'iléon et l'anse sigmoïde avec ou sans exclusion.

Pendant la chloroformisation, sous l'influence de quelques efforts de vomissement, nous fûmes frappé de voir qu'en même temps que la tumeur rénitente et gazeuse se produisait une hernie inguinale dont la malade ne s'était jamais plaint et que nous n'avions jamais observée qui descendait jusqu'à l'origine de la grande lèvre. Cela nous fut une lumière, et nous pensâmes aussitôt à une hernie propéritonéale avec diverticule profond dans la paroi ou dans la fosse iliaque.

Incision iliaque comme pour la ligature de l'iliaque primitive. Nous sommes surpris de ne trouver au-dessous de l'aponévrose du grand oblique que de rares fibres musculaires dissociées du petit oblique et du transverse; il y a une véritable aplasie musculaire de la paroi abdominale. Nous ouvrons largement le péritoine; la tumeur gazeuse a disparu. Nous trouvons le cæcum muni de son appendice sain. Il est dilaté et présente à 15 centimètres environ de son fond un endroit comme rétréci avec plusieurs nodules inflammatoires durs répandus au nombre de 4 sur une même circonférence. Il s'agit manifestement d'une partie de l'intestin qui a été récemment et plusieurs fois pincée et s'est dégagée ensuite. En dedans s'insérant sur un orifice dur, fibreux, inextensible laissant facilement passer l'index, nous trouvons une masse lipomateuse longue de 15 centimètres environ couchée dans la fosse iliaque, pédiculisée; nous la relevons et la réséquons.

L'orifice nous fait pénétrer dans deux sacs herniaires, un inguinal très petit, un pariétal très grand, formés par le péritoine distendu et aminci.

Entre les deux sacs, un éperon. Autant que nous pouvons en juger sans perdre trop de temps à cet examen, l'orifice correspond à l'entrée du ligament rond dans la paroi et c'est de son bord interne que se détachait la masse lipomateuse flottante que nous avons liée et réséquée. C'est à travers cet orifice que pénétrait le cæcum, c'est là qu'il subissait un véritable étranglement facilement levé d'ailleurs par les pressions exercées sur lui. Une pince de Kocher va chercher le sac pariétal au niveau de son fond, le retourne dans le ventre, après sa dissociation d'avec les parties périphériques; il entraîne à sa suite le petit sac inguinal; nous plaçons un solide collet de catgut sur le sac retourné et ermons de cette façon l'orifice abdominal. Le sac est réséqué.

Puis nous refermons le péritoine en ayant soin de laisser en dehors de la cavité le pédicule formé par la ligature du sac. Suture des plans musculaires et aponévrotiques : un drain est laissé au contact du péritoine pour parer aux hématomes qui se formeraient si facilement dans ce tissu lâche et cellulo-graisseux.

Sutures de la peau au crin de Florence.

Le drain est enlevé le quatrième jour, les fils le huitième.

La malade a guéri sans autre incident qu'une petite poussée de grippe qui a duré une huitaine de jours.

Nous lui avons conseillé, étant donné la mauvaise structure de sa paroi abdominale, le port d'une bonne ceinture abdominale.

Si nous passons en revue les diverses théories pathogéniques de la hernie inguino-propéritonéale, nous n'en trouvons qu'une qui puisse expliquer le cas de notre opérée.

Rappelons qu'on a incriminé pour leur production :

1° Le refoulement progressif et la réduction partielle d'une hernie inguinale ;

2° La traction intra-abdominale exercée sur un sac herniaire en constituant un second au-dessus ou à côté de lui ;

3° L'existence de diverticules sous-péritonéaux se transformant en sacs sous la poussée des viscères, avec des parois musculaires faibles, avec l'aide quelquefois de lipomes propéritonéaux ;

4° L'existence d'un vice de conformation du canal vagino-péritonéal coïncidant presque toujours chez l'homme avec une ectopie testiculaire.

Dans l'observation ci-dessus, il nous paraît que la théorie qui vise un vice de conformation congénital n'est guère de mise. L'état de la paroi, l'aplasie musculaire militent plutôt en faveur de la formation d'une hernie de faiblesse aux dépens de laquelle s'est formé un diverticule qui s'est agrandi peu à peu jusqu'à atteindre les dimensions de la poche propéritonéale que nous avons décrite.

Nous insisterons, dans notre cas, spécialement sur la physionomie clinique qu'il a revêtu, sur ces étranglements successifs, simulant les petites occlusions intestinales à répétition, comme dans certaines formes de néoplasme du gros intestin, sur la coexistence de cette masse graisseuse sous-péritonéale pédiculée et flottante qui donnait la sensation d'une masse roulant dans la fosse iliaque et compliquant singulièrement le diagnostic.

Il est toutefois possible que l'aplasie même de la paroi abdominale soit congénitale, et qu'il y ait eu là une prédisposition manifeste à la formation d'un sac secondaire sous la poussée intestinale. C'est dans ce sac que s'introduisait le cæcum sous l'influence

du moindre effort et de la station debout, alors que le sac inguinal restait constamment vide. Jamais, malgré les examens répétés auxquels la malade a été soumise, on n'a découvert la hernie inguinale observée pendant la chloroformisation sous la poussée produite par les efforts de vomissements.

C'est à ce moment que l'idée de hernie que nous avions déjà s'est décidément bien dessinée et que nous avons porté le diagnostic de hernie propéritonéale.

Déjà Krönlein dans son remarquable mémoire, étant donné les désastres de la kélotomie ordinaire (toutes les opérations faites pour des étranglements s'étant terminées par la mort) avait émis le vœu de pouvoir porter un diagnostic précis en dehors de l'étranglement et lors de sa production. Dans une note (*Archiv für kl. Chirurgie*, p. 521, 1881, t. XXVI), il rapporte un cas de hernie inguino-propéritonéale étranglée qu'il put diagnostiquer et opérer de telle façon que le malade guérit.

Rossander observa un cas analogue.

Pour la cure radicale de cette variété de hernie, la laparotomie seule est de mise. Elle permet de se rendre compte de la disposition des parties, de la situation de l'orifice herniaire, de la variété comme direction et dimension, des sacs qui en partent.

Nous conseillons le retournement du sac en dedans; généralement, le sac le plus volumineux entraîne à sa suite le sac le plus petit; c'est ce qui est arrivé dans notre observation. Une fois le retournement obtenu, l'orifice est fermé par une ligature circulaire et la poche est excisée.

Nous pensons très bonne la précaution que nous avons prise d'extérioriser le pédicule résultant de la ligature des sacs inversés. La cavité péritonéale étant refermée de façon à ne pas contenir le pédicule lié, l'orifice ne peut pas se reformer et toute chance de récidive est écartée par cette manœuvre.

Il sera toujours utile, la paroi étant aplasiée et manquant de musculature, de faire porter à l'opéré, d'une façon définitive, une bonne ceinture à pelote pour prévenir l'éventration.

Présentations de malades.

Mains botes par arrêt de développement du squelette.

M. Loison. — A l'appui de la présentation qui vous a été faite dans une précédente séance par M. Chaput, j'ai l'honneur de vous soumettre trois observations de main bote, dans lesquelles le squelette est complet, mais offre des vices de conformation

résultant d'un arrêt dans l'évolution du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Deux de nos malades ont fait une chute sur le poignet, pendant l'enfance ou l'adolescence; le troisième n'a le souvenir d'aucun traumatisme antécédent.

La main bote est cubitale dans un cas et radiale dans les deux autres.

Nous nous bornerons à résumer très brièvement les deux premières observations, parce qu'elles ont déjà été publiées par nous.

1° *Main bote cubitale.* Obs. I. — S..., jeune soldat, non incorporé, fait à l'âge de quatre ans une chute de sa hauteur sur le poignet gauche. La radiographie prise en novembre 1902 permet de constater un raccourcissement et une déformation de la tête cubitale et une déformation également de l'extrémité inférieure du radius, laquelle s'est incurvée latéralement, de façon que le plateau articulaire regarde légèrement en dedans (fig. 1).

Fig. 1. — Main bote cubitale.

2° *Main bote radiale.* Obs. I. — V..., élève à l'École militaire de Saint-Cyr, a fait une chute de cheval sur le poignet gauche, lorsque nous l'examinons six jours plus tard.

Les mouvements du poignet sont douloureux et il existe une certaine tuméfaction au pourtour de l'articulation. La main est inclinée sur le bord radial, et la tête du cubitus, saillante en dedans et en arrière, présente une mobilité en touche de piano.

Nous le radiographions, en février 1899, et constatons qu'il n'existe aucune trace de fracture récente, mais qu'il s'agit d'un raccourcissement congénital du radius. Les phénomènes douloureux et la tuméfaction étaient le résultat d'une entorse récente.

Ce jeune homme ne se rappelait pas avoir fait dans son jeune âge une chute sur le poignet anormal.

Obs. II. — A..., 1er régiment de cuirassiers, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 26 janvier 1907, pour une lésion du poignet gauche, survenue à la suite d'une chute faite sur la main, vers l'âge de quinze ans.

Un mois après l'accident, quand il commença à se servir de son membre, il s'aperçut du développement progressif de la déformation actuelle. Le membre resta faible et il dut exercer la profession de marchand de poissons.

L'extrémité inférieure du cubitus a une conformation extérieure normale, mais elle fait une saillie accentuée sur le dos de la main.

L'extrémité inférieure du radius présente une augmentation d'épaisseur. Cet os s'articule normalement avec la partie externe du carpe, tandis que le segment interne de ce massif osseux, chevauche en avant de l'extrémité cubitale.

Les mouvements du poignet sont limités et une douleur se produit si on cherche à les augmenter.



Fig. 2. — Radiographie postéro-antérieure.

L'apophyse styloïde radiale se trouve notablement plus haut que l'apophyse styloïde cubitale.

Le radius gauche est de cinq centimètres plus court que le droit; le cubitus gauche lui-même est de deux centimètres moins long que le droit. Les muscles de l'avant-bras gauche sont peu développés et la mensuration de la circonférence de ce segment de membre indique une différence de quatre centimètres en moins qu'à droite. Au bras, l'atrophie circonférencielle du côté gauche n'est que de un centimètre.

Les mouvements du coude sont normaux.

L'épreuve radiographique (fig. 2) enregistre les lésions squelettiques que nous venons de décrire.

Il est évident que dans ce cas la chute faite sur la main a amené une ossification hâtive des cartilages de conjugaison inférieurs du radius et du cubitus. L'ossification a dû être plus ou moins immédiate pour le radius, tandis qu'elle a été simplement accélérée pour le cubitus.

Ce dernier os a continué à s'allonger, moins cependant que son homonyme du côté droit, mais suffisamment par rapport à la poutre radiale conjuguée du côté gauche, pour entraîner tout d'abord une inclinaison de la main en valgus, puis ultérieure

ment une luxation en avant et en haut de la moitié interne du massif carpien.

Quel traitement apporter à cette lésion? Pour rétablir la forme du poignet et en améliorer peut-être la fonction, je m'étais proposé de pratiquer une résection de la partie exubérante de l'extrémité inférieure du cubitus, mais le sujet s'est refusé à toute intervention.

Organes génitaux externes féminins et testicules dans l'abdomen.

M. Broca. — La fille de huit ans que je vous présente a une vulve, un clitoris, un hymen très bien conformés, sans trace d'une anomalie quelconque. Elle est entrée dans mon service pour subir une cure radicale de hernie. Dans le sac je trouvai à droite un ovaire qui me parut ressembler beaucoup à un testicule, avec un épididyme très graisseux, sans trace de canal déférent ni de trompe ; je le réduisis dans le ventre. A gauche, même aspect, et pour en avoir le cœur net, j'enlevai l'organe où M. Herrenschmidt, qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique, a trouvé les caractères nets d'un testicule.

Après ces constatations, ce garçon a été endormi, et nous avons constaté que derrière l'hymen est un vagin assez spacieux, mais au fond duquel il n'y a pas d'utérus.

Voici l'examen de M. Herrenschmidt.

Petite tumeur oblongue, du volume d'une noisette, surmontée d'un pédicule d'apparence graisseuse, et à sa racine d'un corps allongé dont le sépare un diverticule de séreuse, lisse comme la surface entière de la tumeur. L'impression d'avoir sous les yeux un testicule se précise encore lorsqu'on regarde la surface de coupe, arrondie, limitée par une enveloppe fibreuse épaissie en un point d'où partent en rayonnant une grande quantité de fines cloisons conjonctives, blanches, qui limitent entre elles des champs coniques de couleur grisâtre.

Fixation au formol. Colorations par hématoxyline et Van Gieson ou éosine. Les parties fibreuses vues à l'œil nu apparaissent maintenant en rouge brillant : albuginée, corps d'Highmore, septa. Sous l'albuginée cheminent de gros vaisseaux nourriciers. Dans l'intervalle des septa délicats qui divisent la coupe en une série de champs sont disposés des tubes creux coupés suivant toutes les directions. Ces tubes sont plus serrés et plus nombreux à la périphérie et au voisinage du corps d'Highmore. Ils sont limités par une membrane propre doublée de cellules plates, et sont garnis d'un épithélium en général à deux assises de cellules.

Les cellules de la rangée extérieure sont cubocylindriques et possèdent un petit noyau très coloré. Celles de la rangée intérieure, souvent desquamées dans la lumière du tube, sont plus volumineuses, arrondies, avec un noyau moins foncé laissant distinguer un nucléole. Des cellules de Sertoli ne sont pas ici reconnaissables d'une façon certaine.

Outre les cellules rondes ou ovales de la deuxième rangée, la lumière des tubes contient des débris protoplasmiques, pas de spermatozoïdes.

Tous ces tubes sont logés dans un stroma conjonctif très léger composé de fibrilles lâches et de cellules conjonctives rondes ou fusiformes. Parmi les cellules du stroma, on en voit des groupes à noyaux plus grands et plus pâles qui représentent *peut-être* les éléments non encore différenciés de la glande interstitielle.

Les coupes pratiquées au niveau de ce qui semblait devoir être la tête de l'épididyme montrent : dans un tissu conjonctif dense, adulte et riche en cellules propres, de nombreux vaisseaux et des canalicules autour desquels il se condense encore en couches concentriques. Ces canalicules, à grande lumière, sont tapissés d'une couche unique de cellules cylindriques, mais qui ne possèdent des cils vibratiles que par places. Les canalicules ne contiennent que des débris granuleux informes, pas de spermatozoïdes.

La description histologique ci-dessus indique sans hésitation possible qu'il s'agit d'un testicule et d'un épididyme (ce dernier peut-être incomplet, car nous n'avons pas trouvé de canalicules au niveau du corps) non encore arrivés à l'état de maturité, ceci à cause de l'état de repos dans lequel se trouvent les cellules épithéliales et à cause de l'absence de certains éléments (Sertoli ? spermatozoïdes, cils vibratiles en couche continue dans l'épididyme).

Résultat du traitement d'une fracture oblique du fémur ayant subi il y a plusieurs années l'extirpation de la rotule.

M. Paul Berger. — Le malade que je vous présente, vous est déjà connu : je l'ai présenté à la Société dans la séance du 23 janvier 1901. J'avais, quelques mois auparavant, pratiqué sur lui l'extirpation de la rotule pour une ostéite centrale de cet os, horriblement douloureuse et remontant à l'enfance.

L'opération pratiquée, en 1900, avec le concours de M. Perier, fut suivie non seulement de la conservation de la mobilité du genou, mais du rétablissement presque complet de l'activité et de la puissance du triceps fémoral. L'opéré pouvait marcher, monter les escaliers et les descendre sans difficulté ; monter à cheval et chasser furent depuis ses exercices favoris ; mais il conservait toujours une hyperesthésie toute particulière des téguments du genou, prononcée surtout au niveau d'un noyau osseux qui s'était reproduit à la place de la rotule extirpée, et que l'on voit très nettement sur la radiographie.

Il y a cinq mois, en glissant dans la rue, il tomba et se fit une fracture du fémur ; ainsi que vous pouvez en juger par les radiographies que voici, cette fracture était esquilleuse, très oblique : elle appartenait à la catégorie des fractures spiroïdes.

L'état du genou et la sensibilité excessive de la région rotulienne ne permettaient guère d'appliquer l'appareil d'Hennequin.



Fig. 1. — La femme est atteinte d'une fracture spiroïde comminutive. On voit, au niveau du genou, le noyau osseux qui s'est reproduit après l'extirpation de la rotule.



Fig. 2. — Le fémur après sa consolidation.

M. Rochard, qui voulut bien donner les premiers soins au blessé en mon absence, lui mit un appareil de Tillaux. Trouvant que la traction dans l'extension du genou favorisait la production d'un déplacement, les fragments constituant entre eux un angle ouvert en avant, je plaçai, quelques jours après, le membre dans la demi-flexion, j'appliquai la gouttière d'Hennequin, tout en continuant à exercer la traction avec des bandelettes de diachylon maintenues par un bandage roulé appliqué sur le membre demi-fléchi. La traction fut portée à 5 kilogrammes et maintenue pendant soixante jours environ; ce ne fut que vers le quatre-vingt-dix-huitième jour que je permis au malade de se lever.

Vous pouvez constater qu'il marche actuellement presque sans boiterie. Il ne présente aucun raccourcissement; le cal, fusiforme, est peu volumineux, l'axe du membre est parfaitement rectiligne. Le genou a conservé et repris presque toute sa mobilité et le triceps ses fonctions.

Je vous présente ce fait, en apparence vulgaire, mais où l'application régulière de l'appareil à extension continue d'Hennequin a été rendue impossible par l'état antérieur du genou, pour vous montrer que, même dans les conditions les plus difficiles, et dans le cas de fractures très obliques, on peut et on doit obtenir un résultat parfait par les tractions continues pratiquées dans la demi-flexion du genou, même avec un appareil défectueux et bien inférieur, comme valeur, à l'appareil d'Hennequin.

Je puis affirmer que toutes ou presque toutes les fractures du fémur que je traite moi-même par cette méthode et au moyen de l'appareil d'Hennequin guérissent avec un résultat aussi bon, et je considère que les chirurgiens qui délaissent cette méthode pour recourir au traitement par l'incision, la coaptation directe de la fracture et la suture osseuse, assument toute la responsabilité des cas malheureux et des résultats imparfaits qu'ils peuvent obtenir, toutes les fois qu'une circonstance exceptionnelle et d'ordre majeur ne les a pas absolument forcés de recourir à la méthode sanglante.

M. Broca. — Je ne veux pas laisser passer cet éloge de l'appareil de Hennequin sans m'y associer. Je me suis cassé la cuisse gauche, le 4 novembre 1906, je me suis levé le 4 janvier; depuis plus d'un mois, j'ai repris ma place parmi vous et vous voyez qu'aujourd'hui, à plat comme sur les marches de l'escalier, je ne boite pas. M. Hennequin, qui a bien voulu me soigner lui-même, ne trouve à mon fémur aucun raccourcissement, et il prétend même que, comme je suis volontiers paradoxal, j'ai quelques millimètres d'allongement. C'est à peine s'il me reste un peu de raideur du genou, malgré mes quarante-sept ans passés.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je tiens à appuyer ce que M. Berger a dit en faveur de l'appareil d'Hennequin dans le traitement de la fracture du fémur.

Cet appareil est incomparablement le meilleur, et donne les résultats aussi satisfaisants que l'on puisse les souhaiter. J'estime qu'aucun appareil connu n'en donne de semblables et d'aussi constants.

Il me semble d'autant plus nécessaire de le dire que si cet appareil est d'un usage courant dans nos hôpitaux parisiens, s'il doit à l'activité et à la bonne grâce de M. Hennequin d'avoir été régulièrement appliqué et enseigné à nos élèves, il est fort peu connu à l'étranger. J'ai fait de mon mieux pour le faire connaître à tous ceux qui m'ont visité et j'ai souvent eu occasion de constater qu'ils ne le connaissaient point ou avaient des idées fort erronées sur les prétendues difficultés de son application.

Vous savez tous la rigueur de notre collègue Hennequin pour son application et sa sévérité pour les fautes commises par ses élèves ou ses imitateurs. On ne peut que l'approuver dans son zèle pour bien faire. Mais il est fort consolant de constater que, même appliqué avec moins de rigueur, il donne des résultats meilleurs que ceux de tous les appareils connus.

Élections.

COMMISSION DE REVISION DES STATUTS.

Nomination de 4 membres.

Premier tour.

MM. RICARD	24	voix.	Élu.
BAZY	19	—	Élu.
ROCHARD	17	—	Élu.
ROUTIER	15	—	

Deuxième tour.

M. ROUTIER . . . . 27 voix. Élu.

En conséquence, MM. GUINARD, RICARD, BAZY, ROCHARD, ROUTIER, sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

H. CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 6 MARS 1907

Présidence de M. Quénu.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, annonçant l'attribution d'une subvention de 500 francs à la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Cancer de l'appendice.

M. Nélaton. — Jeune femme de vingt ans de parfaite santé. Quelques fièvres éruptives de l'enfance ont été ses seules maladies.

Elle est prise brusquement, au mois de juin 1906, de douleurs abdominales avec vomissements. Les vomissements durent une nuit et, le lendemain matin, le Dr Charlot constate un léger météorisme abdominal une douleur localisée dans la fosse iliaque droite avec un empâtement manifeste.

Il porta le diagnostic d'appendicite aiguë, m'appela pour voir la malade et, lorsque j'eus partagé son opinion, institua un traitement médical sévère. L'appendicite se refroidit et sept semaines plus tard je l'opérais.

L'appendice était mobile, libre d'adhérences ; nulle part dans

son méso, je ne remarquai de ganglions enflammés ou augmentés de volume.

L'appendice était long, renflé en massue à son extrémité, qui avait le volume d'un gros noyau de cerise. Elle paraissait distendue par son contenu. Je l'incisai et je trouvai dans la cavité de l'appendice une petite masse à court pédicule du volume d'un pois.

Cette petite tumeur fut remise à M. Letulle.

Carcinome primitif de l'appendice.
(*Carcinome à cellules métatypiques; carcinome à petites cellules.*)

Note microscopique, par M. MAURICE LETULLE.

L'appendice a été sectionné selon son axe, et l'incision passe précisément à travers la zone cancérisée.

Le cancer occupe l'extrémité libre de l'appendice.

Il se caractérise par une infiltration de la muqueuse par des îlots de cellules carcinomateuses intercalées aux quelques glandes de Lieberkühn qui n'ont pas encore été détruites.

Ces amas de cellules carcinomateuses sont irréguliers de volume et de forme. Tous sont constitués de la même façon : un grand nombre de cellules épithéliales polymorphes à noyaux volumineux, quelquefois en karyokinèse, s'accumulent dans les espaces conjonctivo-vasculaires distendus.

La surface même de l'intestin, dans la zone cancérisée est ainsi transformée et les glandes en tube y font défaut, aussi bien que l'épithélium cylindrique de revêtement.

La muqueuse cancéreuse est épaissie; elle repose cependant encore sur une muscularis mucosæ bien reconnaissable, dans les points du moins où elle n'est pas trop dissociée par les îlots de follicules lymphatiques enflammés qui parsèment la sous-muqueuse.

Cette sous-muqueuse elle-même est cancérisée dans la zone correspondant au cancer sus-décrit. On la voit cloisonnée par des tractus fibro-vasculaires densifiés, dans l'intervalle desquels se sont tassées les colonies de cellules épithéliomateuses, polymorphes (à gros noyaux et à mince protoplasma), en tout semblables à celles qui infiltrent les mailles de la muqueuse.

Ces alvéoles cancéreux de la sous-muqueuse sont aussi caractéristiques que possible. Ils se différencient sans peine, même à un faible grossissement, des îlots de tissu réticulé enflammé qui se partagent avec eux le domaine superficiel de la couche sous-muqueuse.

Le reste des couches constitutives de l'appendice (couches musculeuses, sous-séreuses et péritoine) sont indemnes quant au cancer, mais plus ou moins pathologiques eu égard aux lésions inflammatoires qu'elles possèdent.

En effet, de même que la sous-muqueuse est chroniquement épaissie partout, même loin du cancer et contient de nombreux lymphatiques distendus par les leucocytes (lymphangite térébrante d'origine follicu-

laire), de même on voit dans les couches musculeuses et dans la sous-muqueuse, de place en place, des îlots de leucocytes tassés à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques non distendus.

Cette lymphangite aiguë est secondaire à des lésions de folliculite aiguë et de périfolliculite aiguë disséminées dans presque toute la hauteur de la muqueuse appendiculaire (appendicite aiguë folliculaire non suppurée).

Les vaisseaux sanguins de l'appendice, surtout ceux de la muqueuse et de la sous-séreuse, sont gorgés de sang; en plusieurs endroits même, j'ai trouvé, loin du cancer, des hémorragies diffuses de la muqueuse et des follicules hypertrophiées (apoplexie folliculaire), lésion que je persiste à considérer comme d'origine purement traumatique (opératoire).

M. A. Mignon. — La rareté du cancer de l'appendice m'incite à joindre aux cas qui vous en ont déjà été communiqués l'observation d'un malade qui a succombé à une carcinose abdominale, après avoir présenté un abcès de la fosse iliaque droite, d'origine appendiculaire.

Je n'ai pas réséqué l'appendicite ni fait la nécropsie, et mon observation vous paraîtra manquer de base anatomo-pathologique. Mais la filiation des accidents, jointe aux constatations que j'ai faites au cours de deux interventions chirurgicales, m'autorise à admettre qu'un néoplasme de l'appendice a été tout à la fois la cause de l'abcès de la fosse iliaque droite qui a ouvert la scène clinique, et de la diffusion carcinomateuse intra-mésentérique qui l'a terminée.

Mon malade était âgé de soixante ans et avait joui, jusqu'alors, d'une excellente santé. Il venait de traverser une crise violente d'ennuis prolongés lorsqu'il fut pris tout à coup, un matin de décembre, en descendant de cheval, d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur subsista pendant une huitaine de jours avec assez d'intensité pour obliger le malade à garder le lit, puis elle se calma. Mais le calme ne fut que transitoire. Le lit dut être repris, et la fièvre apparut.

La marche des phénomènes morbides fut assez lente pour que le diagnostic restât incertain.

Vers la mi-janvier, c'est-à-dire près d'un mois et demi après le début de la douleur intra-abdominale, le médecin du malade constata une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Il me fit appeler à ce moment.

Je trouvai M. X... fort abattu, avec une température qui oscillait, depuis quinze jours, entre 38 degrés le matin et 39°2 ou 39°5 le soir. Inapppétence complète; amaigrissement, pâleur, voire même teinte jaune des téguments. Le ventre se laissait assez bien palper, et on sentait, dans la fosse iliaque droite, une induration

qui commençait au milieu de l'arcade crurale pour remonter vers la région lombaire, avec une largeur de trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Je ne vis pas d'autre diagnostic admissible que celui d'abcès iliaque appendiculaire. La teinte des téguments était bien un peu jaune paille, mais ne pouvait-elle pas être attribuée à l'infection prolongée du malade par la collection purulente?

Je procédai dès le lendemain à l'opération, et le diagnostic clinique fut confirmé par le bistouri. J'ouvris un gros abcès iliaque allant, comme je viens de le dire, de l'arcade de Fallope à la crête iliaque. Le pus était épais, jaune verdâtre et mal odorant, comme il l'est d'habitude. L'exploration de la cavité purulente avec le doigt fit constater une résistance des parois de l'abcès et, par conséquent, une solide défense du péritoine. Je ne m'occupai pas de l'appendice, ai-je besoin de le dire, et je mis deux gros drains dans l'incision.

Les suites furent des plus simples : la fièvre tomba dès le soir même de l'opération; la sécrétion purulente, d'abord abondante, se réduisit peu à peu; l'appétit revint; les fonctions digestives se firent à peu près régulièrement, et, en quarante jours, la plaie opératoire fut fermée. Le malade se leva et se considéra en pleine convalescence. Je l'encourageai dans cette idée : la palpation de la fosse iliaque était indolore, facile, sans défense musculaire, et je ne sentais pas d'induration profonde. Mais les téguments restaient jaune paille.

Je demeurai huit jours sans revoir mon malade, et fus frappé de le retrouver tel que je l'avais quitté, sans plus de force ni d'appétit, aussi maigre, sinon plus maigre qu'au moment de notre séparation, et d'une pâleur qui effrayait sa famille. J'eus l'impression qu'il se passait quelque chose de grave et me demandai s'il n'y avait pas un abcès en formation ou quelque tumeur maligne en évolution latente.

Mais où la tumeur maligne? Les fonctions de l'estomac et de l'intestin se faisaient très bien. Il n'y avait ni dégoût alimentaire, ni constipation, ni diarrhée. La palpation de l'abdomen était indolore et ne laissait rien percevoir d'anormal.

Je mandai un médecin qui crut à des phénomènes d'artériosclérose.

C'est alors que le malade part à la campagne pour refaire sa santé générale. Il reste un mois absent et constate que ses forces diminuent au lieu d'augmenter. De l'œdème apparaît aux membres inférieurs, et l'inappétence devient telle que le lait est seul accepté.

Il rentre à Paris : quelle aggravation des symptômes! Émacia-

tion; accentuation de la couleur jaune des téguments; œdème considérable des membres inférieurs : un véritable état cachectique cancéreux. On sent, à la palpation de la fosse iliaque droite, un peu d'induration profonde, et, sur la ligne médiane de l'abdomen, trois tumeurs marronnées, légèrement mobiles latéralement.

J'ai cédé à la demande de la famille et ai refait une laparotomie latérale droite pour être sûr que la lésion n'était pas justiciable d'une intervention chirurgicale.

Il y avait de l'ascite. Le cæcum adhérait, par sa face profonde, à la fosse iliaque droite et recouvrait une masse dure, bosselée, du volume du pouce, correspondant au siège habituel de l'appendice et adhérente elle-même profondément. Le mésentère était rempli de tumeurs carcinomateuses, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix.

J'ai conclu que la masse dure et bosselée que je sentais derrière le cæcum devait être l'appendice, siège d'un néoplasme primitif et point de départ des noyaux cancéreux du mésentère.

Le malade a encore survécu un mois et demi, puis il s'est éteint en présentant, à la fin, une intolérance gastrique qui m'obligea à lui faire tous les deux jours un lavage de l'estomac. Les selles sont restées régulières jusqu'à la fin et n'ont jamais présenté de sang.

En somme, deux phases successives dans l'évolution clinique des accidents présentés par le malade : une première nettement appendiculaire; une deuxième néoplasique.

La seconde est évidemment la suite de la première, et c'est une même lésion de l'appendice qui a déterminé l'abcès de la fosse iliaque droite et la cachexie cancéreuse avec noyaux mésentériques. Si je n'en ai la preuve anatomo-pathologique, l'enchaînement des signes cliniques est assez étroit pour ne laisser place à aucun doute, ce me semble. La teinte jaune des téguments, antérieure à l'ouverture de l'abcès iliaque, prouve que le néoplasme préexistait à la formation de l'abcès; et aucun organe abdominal, autre que l'appendice, n'a présenté des signes de néoplasme jusqu'aux derniers moments de la vie.

Cette observation me paraît compléter celles que M. Hartmann vous a présentées dans la dernière séance, et dans lesquelles l'ablation hâtive de l'appendice a coupé court à l'évolution de la maladie. On y voit qu'un des dangers du cancer de l'appendice est la généralisation du néoplasme dans le mésentère, sous forme de masses cancéreuses disséminées.

M. Jalaguier. — J'ai enlevé, il y a neuf ans, un appendice chro-

niquement enflammé dans lequel Letulle a découvert un cancer. L'observation anatomo-pathologique se trouve publiée dans un travail présenté par Letulle et Weinberg à la Société anatomique en 1900 (*Bull. Soc. anat.*, avril 1900, p. 374). Elle est citée dans le travail de M. Lecène et dans le rapport de M. Hartmann.

Comme il s'agit là d'une altération encore peu connue de l'appendice, et comme depuis neuf ans j'ai pu suivre mon opéré, il ne me paraît pas inutile de reproduire cette observation dans nos Bulletins :

Enfant de neuf ans et demi (et non douze ans et demi, comme il est dit dans le Mémoire de Letulle et Weinberg), fils d'un père rhumatisant et d'une mère goutteuse. A l'âge de quatre mois, première poussée d'entérite glaireuse. A vingt mois, nouvelle poussée d'entérite aiguë, plus grave que la précédente. A deux ans et à six ans, nouvelles crises prenant l'aspect de colite muco-membraneuse.

A sept ans, vomissements, violentes douleurs de ventre, ictère. A neuf ans, au mois de septembre 1897, réapparition des mêmes accidents qui prennent nettement l'allure de crises appendiculaires et qui se reproduisent en novembre 1897 et en janvier 1898.

Le 18 janvier 1898, je fus appelé à voir l'enfant que je trouvai avec une crise d'appendicite des plus caractéristiques; il existait un plastron péri-cæcal large comme la paume de la main.

Le 28 janvier, la résolution était complète et je pus sentir l'appendice gros comme le pouce et très dur.

Le 1er mars, l'enfant eut une légère rechute, sans fièvre, ni vomissements. Cette petite crise était terminée le 10 mars.

Opération le 25 mars 1898. L'appendice était adhérent à l'épiploon et à la fosse iliaque entre le cæcum et l'arcade crurale; il était gros et dur, long de 4 centimètres. L'extrémité libre, dilatée sur une hauteur de 18 millimètres, contenait, nageant au milieu du pus, un calcul stercoral de 11 millimètres sur 5. Au-dessus de cette dilatation, l'appendice rétréci mesurait seulement 11 millimètres d'épaisseur; le reste de l'appendice mesurait 12 millimètres.

L'examen histologique, très complet, pratiqué par Letulle et Weinberg, indiqua : 1° l'existence de lésions anciennes d'appendicite chronique banale avec péri-appendicite (Voir Letulle et Weinberg, *Bull. Soc. anat.*, avril 1900, p. 375);

2° L'existence de *lésions cancéreuses* très nettes occupant la portion sténosée.

Je cite textuellement Letulle et Weinberg :

« *Portion sténosée et cancérisée.* A l'œil nu, on avait cru à une véritable oblitération. L'examen microscopique permet de recon-

naître dans un point de la coupe une fente linéaire. Cette fente n'est pas centrale; elle est tapissée par la muqueuse de l'appendice.

« On voit également, à un faible grossissement, que la sténose de la lumière appendiculaire est surtout causée par un épaississement latéral de la sous-muqueuse infiltrée d'éléments cancéreux. La disposition microscopique de ces ilots est caractéristique. L'épithélium de la cavité de l'appendice est intact. Les glandes étant, pour la plupart, coupées très obliquement, il est impossible d'indiquer leur véritable longueur. Leur épithélium est normal; elles sont dissociées, ou bien, par des éléments inflammatoires, ou bien, sur quelques coupes, par des foyers épithéliomateux qui viennent, dans certains points, faire saillie jusqu'au niveau de l'épithélium de revêtement.

« On ne trouve que peu de traces de la muscularis mucosæ qui, au niveau de la région cancéreuse, est dissociée par des placards épithéliomateux.

« Les follicules lymphatiques sont tassés du côté de la fente opposé à l'infiltration épithéliomateuse ; ils sont nombreux, séparés les uns des autres par des placards fibreux, indices d'un ancien processus inflammatoire chronique péri-folliculaire.

« La sous-muqueuse est très épaissie et complètement privée de pelotons adipeux.

« Dans cette couche sous-muqueuse, il est facile d'étudier les éléments des foyers épithéliomateux. Ces derniers se présentent soit sous forme de cordons courts, d'épaisseur inégale, s'anastomosant les uns avec les autres, soit sous forme d'amas irréguliers.

« Ces amas épithéliaux sont parfois très rapprochés les uns des autres; ils sont toujours séparés par des travées conjonctives très minces, dans lesquelles on ne reconnaît pas de vaisseaux.

« Les cellules cancéreuses sont petites, très tassées les unes contre les autres, ce qui rend difficile l'étude de leur protoplasma. Ce dernier est clair. Le diamètre moyen de ces cellules est de 11 à 12 μ. Les noyaux présentent ceci d'intéressant que, presque tous, ils offrent le même aspect et les mêmes dimensions (5 μ en moyenne). Ils sont arrondis et l'hématéine colore en violet foncé leurs contours et les petites granulations chromatiques qu'ils contiennent.

« Les couches musculaires sont très épaissies, non par l'hypertrophie de leurs éléments, mais bien par la dissociation des faisceaux musculaires par des bandes conjonctives.

« A la limite interne de la couche musculaire interne, aussi bien dans son épaisseur que dans la partie tout à fait interne, on trouve

de très grands foyers épithéliomateux dont les limites sont plus diffuses que celles des foyers cancéreux de la sous-muqueuse.

« La couche sous-péritonéale, sclérosée, montre de nombreux foyers cancéreux,

« Les vaisseaux de la sous-séreuse sont très dilatés et gorgés de globules rouges.

« Le méso, très épaissi, contient des foyers cancéreux. » (Letulle et Weinberg, *Bull. Soc. anat.*, avril 1900, p. 376.)

Cette observation se rapproche beaucoup de celle de M. Lecène. Ce qui ajoute à son intérêt, c'est que j'ai pu suivre mon opéré. Le diagnostic histologique de cancer m'avait singulièrement inquiété pour l'avenir de cet enfant. Or, malgré la netteté des lésions épithéliomateuses appendiculaires, et bien que le microscope ait révélé l'existence de foyers cancéreux dans le méso-appendice, mon opéré n'a pas eu de récidive. C'est, aujourd'hui, après neuf années, un vigoureux jeune homme de près de dix-neuf ans, et je crois qu'il est permis de considérer la guérison définitive comme assurée.

L'histoire clinique du cancer primitif de l'appendice reste tout entière à établir.

M. Quénu. — Je dois rappeler ici que Landau (1) a publié, l'an dernier, un mémoire dans lequel il a rassemblé cinquante-huit cas de carcinomes primitifs de l'appendice; les malades étaient âgés de huit à quatre-vingt-un ans; toujours l'affection a été confondue avec une appendicite franche; la tumeur siège souvent à l'extrémité distale; l'examen histologique de tout appendice enlevé est donc nécessaire, voilà la conclusion de l'auteur, à laquelle je me rallie entièrement.

M. Monod. — Je ne voudrais pas avoir l'air « d'un empêcheur de danser en rond », mais, vraiment, les observations que viennent de nous communiquer nos collègues Nélaton, Mignon et Jalaguier donnent un certain crédit aux restrictions que j'ai cru devoir apporter à l'interprétation clinique des faits que l'on nous a présentés.

Je me souviens de l'émoi que nous éprouvâmes lorsque Malassez vint nous dire que le kyste de l'ovaire était histologiquement un cancer. Nous nous demandions, nous, les jeunes à cette époque, si nous n'allions pas assister à de nombreuses récidives, chez nos opérées d'ovariotomie. Pour mon compte du moins, il n'en a rien été. — La définition histologique était exacte, mais l'évolution clinique restait bénigne.

(1) *Berlin. klin. Wochensch.*, 1906, nos 49 et 50.

Je me demande s'il n'en sera pas de même pour le cancer de l'appendice.

Voyez l'observation de M. Mignon ; ne vient-elle pas en contradiction avec ce que vient de nous dire M. Jalaguier, à savoir que l'apparence clinique du cancer de l'appendice est absolument celle de l'appendicite vulgaire ?

Il me semble que l'on doit, au contraire, admettre qu'il y a de vrais cancers de l'appendice qui peuvent finir par évoluer comme tous les cancers — et que, d'autre part, il peut se développer dans l'appendice des lésions qui, histologiquement, sont des cancers, mais qui n'en ont pas l'allure clinique.

Ne doit-on pas être frappé, en effet, de voir, comme dans le cas de M. Jalaguier, que la lésion non seulement occupait toute l'épaisseur de la paroi de l'organe, mais infiltrait déjà le méso ; et cependant, la guérison se maintient depuis neuf ans, bien que le petit malade eût souffert de son intestin depuis longtemps et eût été atteint de plusieurs crises montrant que le mal était en activité.

Il en a été au reste ainsi — je parle de l'absence de récidive ou de généralisation — dans la plupart des cas dont il a été question ici, ceux dont M. Hartmann nous parlait l'autre jour, et dans ceux que M. Nélaton nous a présentés aujourd'hui.

J'inclinerais donc à croire qu'il y a deux formes de cancer de l'appendice, l'un qui se comporte comme les cancers de l'intestin en général, l'autre qui a une évolution clinique spéciale.

M. Lejars. — Je ne comprends pas bien qu'on puisse mettre en doute l'existence du cancer primitif de l'appendice ; dans le cas que j'ai observé en 1903 (1) et que je vous ai communiqué (les dessins de l'appendice néoplasique et des coupes histologiques figurent dans nos Bulletins, 1903, 21 janvier, p. 96, 98 et 99), non seulement la nature de l'affection fut démontrée par le microscope, mais le cancer récidiva, se généralisa et aboutit à une mort rapide. Ce ne fut pas seulement un diagnostic histologique, mais l'évolution clinique fut celle des tumeurs malignes les mieux caractérisées et les plus graves.

Je rappelle qu'il s'agissait d'un homme de vingt-sept ans, pâle et maigre, qui m'était envoyé pour une appendicite chronique. On trouvait, dans la fosse iliaque, une sorte de cordon épais, vertical, des plus nets et dont le volume et la consistance rapprochés de la

(1) Il a servi de point de départ à la thèse de M. Georges Claude : Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice vermiforme. *Thèse de Paris*, 1903.

pâleur et del'amaigrissement du malade, m'avaient fait penser à la tuberculose. Je trouvai un appendice non adhérent, plus gros qu'un doigt médius, très long, très compact, et d'une coloration blanche presque laiteuse; le méso-appendice était normal, je ne vis pas de ganglions, je ne constatai rien de particulier sur le cæcum. L'appendice fut enlevé par le procédé ordinaire, et les tissus parurent absolument sains au niveau de la section. La guérison opératoire eut lieu sans incident; mais, rentré chez lui, notre opéré continua à s'affaiblir et à maigrir, et, deux mois et demi plus tard, il nous revenait dans un état de cachexie profonde, avec de l'ascite, une énorme masse bosselée et dure dans la fosse iliaque et le flanc droits, quelques ganglions sus-claviculaires gauches, et, sous la peau de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, une tumeur dure, ronde, très suspecte.

Comme il souffrait beaucoup, je fis une incision iliaque, pour évacuer l'ascite, une ascite sanglante, et je constatai une tumeur bosselée du cæcum et du côlon ascendant, infiltrée dans le méso-côlon et formant un bloc dur, adhérent et fixe. Il y eut, après cette intervention, une amélioration légère, qui ne dura pas, et finalement le malade rentra chez lui, pour y mourir. J'avais, de plus, dans la seconde intervention, enlevé le noyau sous-cutané abdominal.

L'examen histologique de l'appendice a été pratiqué par notre collègue, M. le Dr Menetrier : il est publié tout au long dans ma communication de 1903. M. Menetrier concluait à un « épithélioma polyédrique à disposition trabéculaire, développé dans la muqueuse de l'appendice, entièrement transformée avec envahissement de la sous-muqueuse et traînées de lymphangite cancéreuse dans la musculaire et la séreuse ». Le noyau sous-cutané de la paroi abdominale montrait une structure identique : c'était donc bien un noyau métastatique.

M. J. Lucas-Championnière. — Bien que je ne veuille pas me targuer de grande compétence en histologie, je ne puis m'empêcher de dire un mot dans le même sens que M. Monod. Je ne veux pas douter que l'appendice ne puisse devenir cancéreux. Je ne doute pas davantage que ce cancer de l'appendice ne puisse s'accompagner de phénomènes qui soient tout à fait identiques à ceux de l'appendicite aiguë et donnent lieu à une confusion qui est d'autant moins étonnante que l'opération apporte un soulagement et un calme qui se maintiendra jusqu'à la récidive. Les observations de MM. Mignon et Lejars et quelques autres sont conformes à tout ce que nous savons de la pathologie générale du cancer et de sa récidive.

Mais j'avoue que je suis un peu surpris par ces observations dans lesquelles, après une opération pour appendicite, on constate histologiquement la nature cancéreuse de la maladie, et cependant le sujet reste guéri. On ne parle pas des récidives. Cependant, il s'agit surtout d'enfants chez lesquels l'évolution du cancer est particulièrement rapide pour tous les cancers connus.

On a bien alors le droit de se demander si nous ne sommes pas en présence de quelque confusion du microscope.

Les vieux cliniciens comme M. Monod et moi-même avons quelques raisons d'être plus sceptiques que les plus jeunes. Nous avons connu le temps où on n'avait pas le droit de soupçonner le diagnostic et le pronostic du microscope. Puis le progrès est venu, le microscope a abandonné les prétentions premières de la cellule cancéreuse et c'est au nom d'un autre mode d'observation qu'il nous éclaire sur la nature des tumeurs, et je vous avoue que, quand il se trouve tout à fait en contradiction avec la clinique, je reste en défiance.

Je dois dire que des histologistes éminents ont, en d'autres circonstances, exprimé une opinion analogue. Je racontais tout à l'heure qu'un jour je discutais avec Léopold, l'éminent gynécologue et histologiste que tout le monde connaît; je lui disais à propos des hystérectomies pour cancer, combien le doute qui subsiste sur la nature cancéreuse du mal même examiné me troublait. Il me répondit que l'histologie permettait de faire un diagnostic très exact, mais que cependant, quand il n'avait pas fait l'examen lui-même, il était sans confiance.

Cet aveu d'une telle autorité m'a beaucoup frappé à propos d'une question plus simple peut-être que celle que nous discutons, et je me sens capable de persévérer dans mes doutes.

M. Quénu. — Je ne saurais accepter les conclusions de MM. Monod et Championnière sur la valeur des examens histologiques de tumeurs intestinales; il faut remarquer que les tumeurs épithéliales du tube digestif évoluent d'une façon différente, que certaines tumeurs épithéliales de l'intestin et de l'estomac, qui ne sont pas néanmoins des adénomes, marchent lentement, à l'instar de tumeurs semi-bénignes; ce n'en sont pas moins des épithéliomes : c'est à ce genre de tumeurs que les Allemands ont donné le nom d'adéno-carcinomes, et pourtant ces tumeurs aboutissent facilement à l'évolution, sinon à la transformation cancéreuse; seulement leur marche peut demeurer lente pendant un temps plus ou moins long.

L'exemple des tumeurs kystiques de l'ovaire qu'a pris M. Monod est mal choisi, car nous savons tous actuellement que parmi nos

kystes opérés, un certain nombre récidivent soit dans les ganglions abdominaux, soit dans le péritoine.

M. Tuffier. — Je voudrais appuyer l'opinion de M. Quénu sur l'existence de ces cancers appendiculaires. Nous ne pouvons guère douter des résultats donnés par l'histologie et la clinique elle-même n'est pas du tout en opposition avec les observations rapportées. Le cancer de l'appendice est un cancer du tube digestif (estomac, intestin), et, pour ma part, je ne connais pas de résultats opératoires et *thérapeutiques supérieurs à ceux que nous donne l'ablation des tumeurs malignes de l'estomac ou de l'intestin*. Les survies de cinq, neuf, dix ans, ne sont pas rares après ces opérations; je ne vois pas pourquoi l'appendice ne bénéficierait pas des mêmes avantages. Il a même certainement des droits spéciaux de par sa situation anatomique qui nous le montre libre, facile à extirper en totalité, et de par ses connexions avec un méso spécial que nous enlevons toujours.

M. Pierre Delbet. — La discussion étant devenue d'ordre très général, je demande la permission de protester contre ce qui vient d'être dit, au sujet de l'examen histologique des tumeurs. On a dénié toute valeur histologique au microscope. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. Il est nombre de cancers que le microscope permet de reconnaître avec certitude : ainsi les épithéliomes d'origine pavimenteuse, ainsi les cancers de la mamelle. Non seulement on peut en faire le diagnostic par le microscope, mais on peut, dans une certaine mesure, en tenant compte de la proportion des éléments épithéliaux et du tissu conjonctif, du degré d'évolution de ce dernier, on peut en faire le pronostic. Quand Léopold exprimait à M. Championnière ses doutes sur la valeur des examens microscopiques du cancer de l'utérus, je suis bien convaincu qu'il ne parlait pas des cancers du museau de tanche, mais seulement des cancers du corps. Car pour les tumeurs formées d'épithélium cylindrique, il y a vraiment des formes dont l'interprétation est fort difficile. Le groupe des adéno-carcinomes est singulièrement confus; il confine aux adénomes bénins d'une part et d'autre part aux carcinomes les plus malins. M. Quénu vient de dire que les adéno-carcinomes, après une longue phase de bénignité, pouvaient se transformer en tumeurs à évolution très maligne. C'est là le nœud de la question. Cette phase de malignité est-elle le terme régulier, fatal de l'évolution de la tumeur, ou bien est-elle due à une transformation, c'est-à-dire au développement sur le terrain préparé par une première tumeur, d'une seconde tumeur d'un autre carac-

tère? Je crois que, dans bien des cas, les choses se passent suivant ce dernier mode.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, qui ne saurait être discuté ici, il me paraît certain qu'il existe des formations à épithélium cylindrique pour lesquels il est extrêmement difficile de dire si elles doivent être rangées dans le groupe des adénomes ou dans celui des cancers. Parmi les cas qui ont été publiés comme cancers de l'appendice, en est-il de ce genre? Je me le demande, et je me le demande d'autant plus qu'un nombre relativement considérable de ces faits concerne des sujets très jeunes, de moins de vingt ans. On sait combien sont rares les épithéliomes à cet âge.

Il va sans dire que je ne nie pas du tout le cancer primitif de l'appendice. C'est seulement sa fréquence qui est en cause.

M. J. Lucas-Championnière. — Je n'aurais pu souhaiter un meilleur commentaire de mes réflexions que celles de M. Delbet.

Je fais quelques réserves sur ce qu'il nous a dit de la facilité du diagnostic du cancer du col de l'utérus. Je le crois aussi dificile à diagnostiquer histologiquement que celui du corps.

En somme, je ne vous ai guère dit, sur les difficultés et les incertitudes du diagnostic histologique, que ce que M. Delbet vient de nous exposer avec beaucoup plus de clarté. Cela tient à ce qu'il sait très bien son histologie et que, moi, je ne la sais pas. Mais, en somme, l'expression chirurgicale et clinique a été la même et la difficulté, en certaines circonstances, de diagnostiquer par l'histologie la nature cancéreuse du mal justifie bien les réserves que je vous ai exposées et la boutade assez amusante de l'histologiste éminent qu'est Léopold.

M. Quénu. — Je ne suis pas de l'avis de M. Delbet; je prétends que, dans le plus grand nombre de ces cas, on peut différencier histologiquement les adénomes de l'intestin d'avec les épithéliomes, et sous forme de tableau Landel et moi (1) nous avons donné les caractères qui permettent de différencier l'un de l'autre l'adénome rectal et l'épithéliome rectal au début.

M. Hartmann. — Lorsque je vous ai lu, au cours de notre dernière séance, un rapport sur le cancer de l'appendice, je ne pensais pas devoir soulever de grands problèmes d'anatomie pathologique générale. Je ne m'étendrai pas sur ceux-ci, mais reviendrai à la question du cancer de l'appendice.

(1) Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum.*

Au cours de la dernière séance, M. Monod a manifesté le désir que les préparations faites par M. Lecène fussent, de manière à éviter toute contestation sur l'interprétation, examinées par M. le professeur Cornil. Pour lui donner satisfaction, j'ai confié à celui-ci les préparations des appendices enlevés, et voici la note qu'il m'a très obligeamment remise :

« J'ai examiné deux appendices provenant du service de M. Hartmann et dont les coupes ont été faites par M. Lecène. Il est indiscutable qu'il s'agit bien dans ces deux cas de *tumeurs malignes*. Sur la première pièce j'ai trouvé la structure de *l'épithélioma tubulé à cellules cylindriques*, sur la seconde celle du *cancer alvéolaire*, infiltrant en traînées le tissu conjonctif.

« *Signé :* V. Cornil. »

Les deux observations ont donc le contrôle demandé.

J'ajouterai qu'ayant appris que, depuis ma communication à notre Société, mon ami, le Dr Letulle, avait présenté à la Société anatomique, vendredi dernier, des coupes provenant de cancers de l'appendice, je lui ai écrit pour lui demander s'il pouvait me donner quelques renseignements sur les pièces qu'il avait eues à sa disposition. Voici ce qu'il m'a répondu :

« Je possède 9 observations de cancer primitif de l'appendice, dont 2 publiées déjà avec quelques détails (je les ai mentionnées dans mon rapport), 7 cas recueillis, les uns à l'autopsie de pauvres diables ayant succombé à l'hôpital pour une affection quelconque (tuberculose, néphrite chronique, anévrisme syphilitique du cœur, etc.), les autres d'ordre chirurgical. Ces derniers sont au nombre de 3 :

« 1 cas de Nélaton, (vous venez d'en entendre la relation) ; 1 cas de X..., qui, m'envoyant une salpingite opérée et ayant, *par-dessus le marché*, extirpé l'appendice dont le bout était un peu gros et dur, me donna de la sorte une jolie occasion de trouver un carcinome à petites cellules, infiltrant déjà toutes les couches musculeuses de l'appendice ;

« 1 cas du Dr Récamier très beau type d'épithélioma cylindrique colloïde de l'appendice, ayant défoncé l'organe et essaimé dans le péritoine en y jetant d'énormes masses colloïdes qui furent extraites pendant l'opération. Le malade, opéré il y a deux ans, continue à aller très bien. »

M. Letulle vient, du reste, d'écrire un mémoire qui va paraître prochainement sur le cancer de l'appendice ; ses conclusions sont formelles et conformes aux nôtres :

« Toutes les appendicites opérées doivent être examinées au

microscope, surtout quand elles ont une zone indurée, en particulier à l'extrémité libre.

Tout appendice oblitéré doit être suspect, surtout quand c'est à son extrémité libre.

« Le cancer primitif de l'appendice est souvent secondaire à une appendicite oblitérante ancienne.

« Le cancer primitif de l'appendice est parmi les plus *bénins* des cancers du tractus intestinal. »

M. Letulle, ayant étudié la question de son côté, arrive donc à des conclusions identiques à celles que nous avons formulées.

Aujourd'hui, plusieurs de nos collègues ont apporté des observations qui s'ajoutent de même à celles que nous avons relatées et qui confirment nos assertions. Les faits de Nélaton, Jalaguier, Lejars nous semblent présenter tous les caractères d'authenticité désirables.

Seul, le fait de M. Mignon nous semble sujet à discussion. Rien ne nous dit qu'il s'agissait d'un cancer primitif de l'appendice. Son malade a eu un cancer, une péritonite suppurée enkystée de la fosse iliaque droite. Rien ne nous autorise à penser qu'il s'agissait d'un cancer primitif de l'appendice. Il s'agit là d'une suppuration au voisinage d'un cancer digestif absolument comparable à celles qu'on voit plus souvent à gauche au niveau du côlon iliaque, et nous serions beaucoup plus tenté de penser à un cancer du cæcum qu'à un cancer de l'appendice.

L'hypothèse de M. Monod et de M. Championnière, que très probablement il ne s'agissait pas d'épithéliomas vrais dans la plupart des observations, ne me semble pas pouvoir être acceptée. Dans mon rapport, je n'ai réuni que les faits qui me semblaient présenter des garanties histologiques incontestables. C'est pourquoi le nombre des cas est moindre que celui de ceux réunis dans le mémoire de Landau, dont vient de nous parler M. Quénu. J'ai éliminé un grand nombre des observations publiées sans détails sous la dénomination endothéliomes; ceci fait, je crois que les observations que nous avons apportées, celles de M. Letulle celles de M. Nélaton, de M. Jalaguier, de M. Lejars sont indiscutables.

Dire qu'une tumeur n'est pas cancéreuse parce qu'elle n'a pas récidivé, c'est, je crois, s'avancer un peu trop. MM. Quénu et Tuffier ont eu grandement raison d'insister sur la bénignité des épithéliomas du tube digestif. Dira-t-on que les épithéliomas de la face ne sont pas des épithéliomas parce qu'ils évoluent très lentement? Bien plus, tous nous avons vu des squirrhes atrophiques du sein qui restent stationnaires pendant des années. S'ensuit-il que ce ne sont pas des cancers? J'ai vu autrefois opérer quelques-

uns de ces cancers, et, après l'opération, j'ai vu quelquefois ce cancer, très lent d'évolution, récidiver après une opération sous forme de cancer à marche très rapide. L'évolution avait changé parce que certaines conditions avaient changé. La lenteur de l'évolution ne me paraît pas une raison pour écarter l'idée d'un épithélioma. L'épithélioma de l'appendice semble correspondre, dans l'immense majorité des cas, à ces épithéliomas à marche lente; il est peut-être plus bénin encore que ne l'est le cancer de l'intestin en général.

Rapport.

L'hémostase chez les hémophiles, par M. le Dr P. E.-Weil.

Rapport par M. BROCA.

Quoique l'hémophilie soit une affection relativement rare, elle ne l'est pas assez pour que chirurgiens et médecins n'aient parfois l'occasion redoutée de se trouver en présence d'une hémorragie incoercible, ou dans la nécessité de pratiquer chez des malades hémophiles une opération d'urgence.

C'est dire l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces hémorragies, à la connaissance des lésions qui les produisent, au mécanisme de cette production, et si possible à leur guérison. De nombreuses notions nouvelles, que je vais vous rapporter, ressortent des travaux de mon ancien interne, le Dr P. Emile Weil, qui nous en a indiqué la portée chirurgicale possible dans une récente communication.

L'hémophilie se présente dans deux conditions étiologiques distinctes (1) : ou sans cause connue, comme un accident pour ainsi dire, chez des sujets qui n'offrent point de prédisposition familiale, et dont l'affection, apparue dès l'enfance, ne s'explique pas par des maladies antérieures; ou de façon héréditaire, dans certaines familles, où le vice hémorragipare se transmet, par voie féminine aussi bien que masculine, tout en frappant les mâles avec une prédilection aussi inexpliquée que remarquable.

Cliniquement, l'hémophilie accidentelle se différencie de la familiale par sa bénignité relative; elle ne détermine pas d'accidents aussi intenses, ni aussi fréquents. Il faut un trauma d'une

(1) P. Emile Weil. Recherches cliniques et physio-pathologiques sur l'hémophilie, d'après dix cas, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 2 novembre 1906.

certaine importance pour amener une hémorragie grave par son abondance ou sa durée (coupure, avulsion dentaire). Aussi les hémorragies sont-elles séparées les unes des autres par des intervalles d'années et les malades peuvent parvenir à un âge assez avancé.

Au contraire, la tendance hémorragique se manifeste dans la forme familiale, dès que l'enfant quitte les bras maternels. La moindre plaie, le plus léger choc provoquent des pertes sanguines interminables. Des hémorragies surviennent quasi spontanément, tellement la cause provocatrice a été minime. Les hémarthroses, qui semblent n'appartenir qu'à la forme familiale, peuvent succéder non seulement à un trauma, mais à un simple effort musculaire, à de la fatigue. Les accidents se reproduisent parfois de façon presque cyclique. La mortalité est extrêmement considérable dans ces familles d'hémophiles, et l'issue fatale se produit souvent dès le jeune âge.

L'étude du sang des hémophiles a fourni des résultats importants à M. P. Emile Weil, qui a montré qu'on pouvait prendre sans danger du sang à ces malades, en leur piquant une aiguille dans les veines du bras ; le sang s'écoule aussi longtemps qu'on veut, et, l'aiguille enlevée, l'élasticité des tuniques veineuses referme l'orifice de la piqûre; aucune hémorragie ne se produit.

La lésion capitale du sang d'hémophile est le retard extrême de la coagulation, qui permet aux éléments figurés du sang de tomber au fond du tube; puis le sang se coagule lentement, au bout d'un temps variant de une heure à neuf heures, le plasma se coagule en une couenne jaunâtre au-dessus du caillot rouge. Mais si les deux formes de l'hémophilie possèdent cette même anomalie de coagulation, de nombreuses différences existent cependant entre leur sang, qu'on peut résumer en un tableau :

HÉMOPHILIE ACCIDENTELLE	HÉMOPHILIE FAMILIALE
Sang très fluide.	Sang visqueux.
Écoulement rapide et prolongé à la piqûre des veines.	Écoulement lent et peu prolongé à la piqûre des veines.
Morphologie cellulaire normale.	Morphologie normale.
Formule leucocytaire normale.	Leucopedèse constante. Prédominance des mononucléaires.
Coagulation plasmatique.	Coagulation plasmatique avec chute moins complète des hématies.
Grand retard de coagulation (75 minutes).	Retard énorme de coagulation (2 h. 1/4 à 9 heures).
Caillot solide. Sérum abondant.	Caillot blanc, mou, floconneux, sérum moins abondant.

L'action sur ces sangs des substances qui favorisent la coagula-

tion en général a montré que les solutions de chlorure de calcium à faibles doses accélèrent dans les deux types d'hémophilie la coagulation, qui reste cependant anormale dans le temps et dans la forme. Il n'y a pas à tirer de cela grand'chose pour la pratique, mais le fait important étudié par M. P. E. Weil est que *les sérums animaux ou humain frais* (à la dose de 3 gouttes par 3 centimètres cubes de sang) *favorisent la coagulation, de façon assez marquée dans l'hémophilie familiale, de façon absolue dans l'hémophilie spontanée*, où la coagulation se produit alors normalement en cinq à dix minutes.

Si l'on injecte sous la peau ou dans les veines des malades un sérum sanguin frais, le sang pris à la veine coagule normalement dès le lendemain, dans l'hémophilie accidentelle, et cette heureuse modification dure un temps variable (un mois environ); l'injection ne fait qu'atténuer les anomalies de coagulation dans la grande hémophilie familiale, mais cependant l'action est nette. Le mécanisme des anomalies sanguines paraît donc différent dans les deux types cliniques; en effet, si l'on ajoute du sérum d'hémophile accidentel à du sang humain normal, la coagulation de ce sang n'est pas modifiée, tandis que celui des hémophiles familiaux cause un retard variant de vingt-deux minutes à une heure et demie.

Aussi, tandis qu'il semble que le sang dans l'hémophilie accidentelle soit anormal seulement par l'absence d'un ferment de coagulation, de la thrombine ou de la kinase, celui de l'hémophilie familiale, anormal de diverses façons, paraît renfermer des substances anticoagulantes (1).

Quoi qu'il en soit de cette discussion théorique, il semble que des recherches de M. P. E. Weil puissent résulter des conséquences chirurgicales intéressantes pour prévenir et peut-être pour arrêter les hémorragies des hémophiles.

I. *Action préventive des injections de sérum sanguin.*

A. *Hémophilie accidentelle.* — Dans cette forme, les injections veineuses de sérum frais rendent la coagulation normale. L'individu, redevenu normal, quant à son sang, vingt-quatre heures après l'injection de sérum, se comportera-t-il devant les trauma-

(1) P. Emile Weil. Etat du sang dans un cas d'hémophilie, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 16 octobre 1905. Sérothérapie de l'hémophilie, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 30 octobre 1905. L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie, 18 octobre 1905. Etude du sang chez les hémophiles. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 26 octobre 1906.

tismes comme un homme normal ? N'y a-t-il pas dans l'hémophilie un autre vice, au niveau des vaisseaux ou des tissus, comme l'ont soutenu divers auteurs ? Deux faits présentés par M. P. Emile Weil semblent prouver que non.

Un de ses malades, âgé de quarante ans, et qui avait eu depuis l'âge de douze ans des accidents hémorragiques (épistaxis, grosse hémorragie après avulsion dentaire, hématurie, etc.), put être opéré par M. Bazy d'un phlegmon périnéphrétique et subir l'incision d'un empyème, quarante-huit heures après avoir reçu dans les veines 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Le sang, anormal avant l'injection, coagulait normalement avant l'opération.

Le second patient est un homme de quarante-cinq ans qui, depuis son enfance, avait des hémorragies interminables à la suite du moindre traumatisme ; la chute des dents temporaires provoqua à plusieurs reprises de grandes pertes sanguines ; des coupures mirent maintes fois son existence en danger. Le malade entre à l'hôpital Beaujon en mai 1905, pour une hémorragie gingivale, durant depuis dix jours, provoquée par l'ablation de trois molaires. Le malade, ayant été injecté le 1er août de 15 centimètres cubes de sérum bovin, et possédant un sang coagulant normalement, se fait arracher sans permission le 25 août une nouvelle dent : il désirait porter un râtelier. Pour la première fois de sa vie, il ne se soigne pas plus qu'un homme normal, à la suite de cette opération.

La correction du vice humoral de ces hémophiles possède donc une action préventive contre les hémorragies. Cette action, obtenue au bout de deux jours, se prolonge au moins vingt-cinq jours mais va en s'affaiblissant. Au bout de deux mois, de trois mois, le sang reprend ses anomalies. La médication n'agit pas sur la cause de l'hémophilie, mais s'adresse seulement à son mécanisme physiologique.

B. *Hémophilie familiale.* — Quoique les injections de sérum frais ne soient suivies dans cette forme que d'une diminution des lésions sanguines et non de leur disparition, elles possèdent cependant une action préventive contre les hémorragies.

Un malade de M. P. Emile Weil qui saignait douze heures chaque fois qu'il se coupait en se rasant, ne saigna que deux minutes dans les mêmes conditions, ayant reçu une injection de sérum humain. Ce même malade, qui avait tous les mois des hémarthroses, n'en a plus eu depuis quatre mois, grâce à des injections successives.

II. *Action curative des injections de sérum.*

A. *Hémophilie accidentelle.* — M. P. Emile Weil n'a point eu l'occasion d'éprouver l'action curative des injections de sérum frais contre les hémorragies des hémophiles accidentels. « Mais nous ne doutons pas, dit-il, que cette action ne soit grande, étant donné d'une part que les injections corrigent complètement les lésions sanguines, et d'autre part qu'elles se montrent efficaces dans des états hémorragipares, où elles les atténuent seulement. » Il a, en effet, vu les injections de sérum se montrer efficaces dans les hémorragies des grands purpuras hemorragiques (1), où les lésions du sang sont complexes, mais où le sang présente d'ordinaire aussi un retard de coagulation. Les injections de sérum constitueraient pour toutes les hémorragies dyscrasiques une méthode d'arrêt, qui consisterait à donner à l'organisme des ferments coagulants et serait plus active que l'administration des sels de chaux ; ceux-ci agissant d'ailleurs en excitant le pouvoir des ferments coagulants (coagulation du lait, coagulation du sang).

B. *Hémophilie familiale* : — *a*). Les injections de sérum sanguin peuvent agir comme moyen d'hémostase contre les hémorragies des hémophiles familiaux. Ainsi M. Weil a observé un jeune malade de vingt-six ans qui présentait une hématurie extrêmement marquée depuis un mois. Le lendemain de l'injection, l'hématurie s'atténua pour disparaître au troisième jour.

b) En plus de cette action générale, importante à utiliser en cas d'hémorragie viscérale ou interne, il faudrait accorder une action hémostatique locale aux sérums. M. P. Emile-Weil rapporte une observation où l'hémostase s'est produite sous l'influence du pansement sérique et où l'hémorragie réapparut avec l'ablation du pansement.

Ayant observé avec le Dr Paul Carnot un hémophile dont les accidents hémorragiques avaient subi une assez longue sédation à la suite d'une appendicite avec péritonite locale, M. P. Emile Weil avait tenté d'utiliser les modifications sanguines provoquées par une suppuration prolongée pour agir contre le vice hématique de l'hémophilie.

Le 28 janvier 1907, il applique chez un grand hémophile familial un cautère potassique au niveau du bras droit. Le 2 février, l'escarre du cautère se détache partiellement et cause une telle

1. P. Emile-Weil. La coagulation du sang dans les états hémorragipares. *Comptes rendus Soc. de Biologie* 8 décembre 1906. Des injections de sérum sanguin frais dans les états hémorragipares. *Bull. Soc. Méd. Hôpitaux* 18 janvier 1907.

hémorragie que le lit du malade est traversé par le sang. Le 3 février, il enlève l'escarre et applique une gaze imbibée de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, vieux de deux mois.

L'hémorragie s'arrête, et, le lendemain, le pansement est remplacé par un pansement sec avec une poudre inerte. Une demi-heure après, l'hémorragie reprend, et le malade, sans attendre, remplace son pansement par une compresse imbibée de sérum frais antidiphtérique. Le 5 février, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Milian, après avoir été injecté de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique frais. Depuis lors, le malade n'a plus saigné; sa plaie, pansée tous les jours avec du sérum, n'a plus eu de tendance à l'hémorragie, et sa cicatrisation est à peu près terminée.

Au point de vue de la technique, voici les notions qui paraissent résulter de l'observation des faits précédents.

Pour arrêter des hémorragies chez un adulte, 10 à 20 centimètres cubes de sérum frais, injectés dans les veines, 20 à 30 centimètres cubes de sérum injectés sous la peau suffisent d'ordinaire. On peut, sans inconvénient, injecter une nouvelle dose deux jours après, en cas de besoin. Chez les enfants, des doses moitié plus faibles seraient suffisantes.

Pour prévenir les hémorragies, on agirait de la même façon.

Les sérums d'homme, de lapin, de cheval, de bœuf se sont montrés également efficaces, quoique, *in vitro*, l'action du sérum humain soit plus marquée pour la correction des lésions hématiques. Mais il faut en principe *utiliser des sérums frais*, si on veut obtenir tout l'effet thérapeutique, quoique des sérums vieux de deux et trois mois aient cependant donné parfois de bons résultats.

Il ne faut jamais injecter de sérum bovin. Seul, ce sérum a donné lieu à des accidents sériques, toujours passagers, mais parfois bruyants; ces accidents, qui suivent immédiatement l'injection, consistent en une forte réaction thermique, frissons, cyanose, vomissements, céphalée, rachialgie. Les autres sérums n'ont jamais causé de troubles immédiats ou tardifs.

Dans la pratique, si l'on n'a pas le temps d'attendre vingt-quatre heures et de pratiquer une saignée aseptique à la carotide d'un lapin, on peut recourir au sérum antidiphtérique, dont l'Institut Pasteur met tous les mois des provisions fraîches dans le commerce; mais le sérum simple contenant en lui-même tous les ferments coagulants nécessaires à l'hémostase, il est préférable de ne pas utiliser de sérums antitoxiques.

Tels sont les faits, que M. P. Emile Weil a communiqués à

notre Société. Comment les apprécierai-je à notre point de vue, à nous chirurgiens? Ils me paraissent d'un réel intérêt, étant donné qu'ils comportent une sanction de thérapeutique pratique et qu'ils nous donnent une arme, d'une certaine valeur, contre une affection qui nous a trouvés jusqu'ici démunis. Sans doute, je n'irai pas, me fiant pleinement à la valeur préventive des injections de sérum sanguin, pratiquer chez un grand hémophile une opération qui ne serait pas indispensable, par exemple celle de l'ostéome dont je vous parlais il y a quelques jours, mais si j'étais forcé de lui faire une cure de hernie étranglée, d'inciser un phlegmon, d'opérer une appendicite, je n'hésiterais pas à y avoir recours.

Il est vrai que l'injection n'a son effet qu'au bout de vingt-quatre heures. Mais quelques opérations assez urgentes peuvent cependant souffrir ce délai, et, quant aux autres, nous n'avons rien à perdre sur notre situation actuelle vis-à-vis des hémophiles.

D'autre part, en cas d'hémorragies internes chez les hémophiles, je serai heureux de trouver dans une méthode aussi simple le traitement qui me manquait jusqu'ici, et, de plus, je tenterai volontiers un pansement sérique, au cas où chez un hémophile j'aurai affaire à une épistaxis, à une plaie cutanée, à une gingivorragie.

Ce que nous apporte M. P. Emile-Weil, ce n'est pas la guérison définitive de l'hémophilie; sa méthode ne s'adresse pas à la cause de l'affection, que nous ignorons encore; mais ses études ont élucidé en partie le mécanisme physiologique des lésions, des symptômes pathologiques et nous ont donné le moyen d'y remédier.

M. Chaput. — J'ai observé plusieurs cas d'hémophilie ou d'hémorragies récidivantes.

Dans le premier cas il s'agissait d'un jeune étudiant en médecine de vingt-cinq ans, hémophile avéré qui s'était fait enlever une dent; il avait eu une série d'hémorragies des plus graves pour lesquelles son père, médecin, avait employé les moyens les plus variés; amadou, perchlorure de fer, thermo-cautère. Le malade était dans un état des plus sérieux lorsque je le vis.

J'introduisis dans l'alvéole une petite boulette d'éponge vraie saupoudrée d'iodoforme et je recommandai au blessé de maintenir la compression avec un bandeau. L'hémorragie fut définitivement arrêtée.

Dans le deuxième cas, c'était un jeune ouvrier qui s'était blessé au niveau du 1er espace interosseux de la main; il présenta les jours suivants une série d'hémorragies récidivantes que j'arrivai à arrêter facilement en débridant la plaie et en la tamponnant avec de l'éponge vraie saupoudrée de peroxyde de zinc; le

tamponnement arrêta très bien l'hémorragie, mais quand je l'enlevai au bout de deux jours, l'hémorragie se reproduisit. Je recommençai le tamponnement, et trois fois l'hémorragie reparut à l'ablation du tampon. Je parvins à arrêter définitivement le sang en imbibant les fragments d'éponges d'une solution de chlorure de calcium et en administrant cette substance à l'intérieur.

Le troisième cas est relatif à un jeune sujet à qui mon interne pratiqua une cure radicale d'hydrocèle; il se produisit les jours suivants d'abord un hématome des bourses et ensuite des hémorragies récidivantes avec infection septique grave. J'énucléai le testicule hors des bourses, j'évacuai les caillots et je tamponnai la cavité avec des mèches imbibées de chlorure de calcium; j'administrai du chlorure à l'intérieur et les choses rentrèrent dans l'ordre.

Ce malade était un hémophile avéré, et saignait abondamment à la moindre piqûre.

Dans un quatrième cas, une femme atteinte de prolapsus grave subit une hystérectomie abdominale; quoique l'hémostase eût été faite soigneusement, elle présenta quelques heures après l'opération une hémorragie grave qui s'arrêta assez facilement avec les injections d'eau oxygénée et d'antipyrine. J'appris alors que la malade était hémophile antérieurement. La malade présenta de la septicémie développée au niveau des caillots et elle succomba.

Ces quatre cas sont intéressants à plusieurs titres; ils démontrent d'abord la valeur hémostatique du tamponnement aux éponges vraies, la valeur du chlorure de calcium employé tant localement qu'en potion.

D'autre part les hémophiles qui ont des hémorragies s'infectent avec la plus grande facilité, comme cela s'est produit dans la troisième et la quatrième observation.

Je considère que les hémorragies récidivantes de la main qui ont tant préoccupé nos prédécesseurs sont toujours des hémorragies hémophiliques.

J'irai même plus loin et je considère que, sauf le cas de glissement d'une ligature, la plupart des hémorragies post-opératoires sont en rapport avec l'hémophilie.

Enfin il me paraît indispensable avant toute opération, sans exception, d'interroger les malades pour savoir s'ils sont hémophiles.

Toujours est-il que les constatations de M. Weil sont très intéressantes et que j'emploierai à la première occasion les injections de sérum soit frais, soit antidiphtérique ou autre.

M. Tuffier. — Les observations de M. Weil ont porté sur des sérums pathologiques variés ; je ne sache pas qu'il ait d'abord étudié le *sérum artificiel*, le simple sérum dont nous nous servons à tout instant en injection sous-cutané. Son action sur la coagulabilité du sang est incontestable, et comme on peut préparer partout la solution physiologique à 8 p. 1000 de sel marin, je crois son emploi utile, même si son action est inférieure à celle des autres sérums.

Je puis vous citer deux faits d'hémophilie dans lesquels il m'a rendu de précieux services — comme *thérapeutique générale.*

Je laisse de côté les cas simples d'écoulements sanguins à la suite de l'avulsion d'une dent pour ne m'attacher qu'aux cas chirurgicaux. Le premier a trait à un malade que j'ai opéré il y a quelque dix ans avec le professeur Albert Robin. Un jeune homme d'une douzaine d'années, hémophile, avait, à la suite d'une chute sur la région fessière, un énorme hématome profond et infecté. Pendant vingt-quatre heures avant l'incision il subit des injections de sérum artificiel et ce traitement fut prolongé pendant plusieurs jours, et le malade n'eut aucune hémorragie de par ses incisions profondes et ses pansements.

Ma seconde observation est celle d'une jeune fille de seize ans, regardée comme tuberculeuse, parce qu'elle avait eu de nombreuses hémoptysies, et atteinte d'une fistule perinale. En réalité, sa fistule était sacro-coccygienne et congénitale. Les lésions tuberculeuses ne se révélaient par aucun phénomène stéthoscopique. En réalité, il s'agissait d'une hémophile de longue date ainsi qu'en témoignaient les hémorragies abondantes qui accompagnaient les coupures qu'elle avait pu se faire. Je l'opérai très simplement et sa plaie après l'opération fut le siège d'un écoulement sanguin en nappe qui ne céda qu'à la compression directe par deux doigts de sa garde-malade. Reliant ses hémoptysies et cet état hémophile, je fis faire une injection sous-cutanée de 800 grammes de sérum artificiel; l'hémorragie arrêtée par compression ne se reproduisit plus, le traitement fut continué pendant cinq jours à 400 grammes par jour, et les pansements se firent sans encombre, mais au huitième jour un léger suintement reparut; le traitement fut repris pendant une semaine ; ma malade a parfaitement guéri.

D'ailleurs ce pouvoir coagulant du sérum artificiel est démontré expérimentalement. Il suffit de placer sur la jugulaire d'un chien, une pince peu serrée ou une ligature agissant de même; si après cinq minutes de pression on libère le vaisseau, la circulation se rétablit sans encombre. Si, dans les mêmes conditions d'expérience, on fait à l'animal une injection de 500 à 800 grammes de

sérum physiologique, on voit se produire un coagulum au niveau de la région étreinte par la ligature.

M. Monod. — Je demanderai à M. Broca, si, dans son travail, M. Weil a comparé l'action du sérum à celui du chlorure de calcium, dont M. Toubert nous entretenait l'année dernière, d'après les recherches de M. Vincent. Il en recommandait l'emploi, en potion à l'intérieur, à titre de moyen d'hémostase préventive dans les interventions chirurgicales.

M. Quénu. — Comme M. Monod, j'allais demander si M. Weil a étudié comparativement les injections de son sérum et les injections de chlorure de calcium. Je rappelle qu'on a utilisé ces dernières à titre d'injection préventive dans les opérations sur le foie, spécialement dans les cas d'ictères chroniques. Le rapport de M. Broca m'engagerait, pour ma part, à utiliser la méthode de M. Weil pour certaines opérations hépatiques.

M. Broca. — Je répondrai à M. Chaput que la question qu'il discute n'est pas celle que j'ai soulevée. Tous, nous avons vu de ces hémorragies d'hémophile, tous, nous en avons parfois triomphé. Mais il nous paraît intéressant de chercher ce qui peut renforcer notre action thérapeutique, au fond médiocre. Que vaut pour cela le sérum artificiel comparé au sérum animal frais? A cette question de Tuffier je répondrai que je n'en sais rien et que le mémoire de M. Weil n'en fait pas mention. Moi aussi, j'ai fait des injections de sérum à des hémophiles ayant gravement saigné, mais j'ignore ce que le sérum artificiel fait à la coagulabilité du sang d'hémophile *in vitro* ou *in vivo* : nul doute que M. Weil, après notre discussion, n'élucide ce point. Quant à la valeur relative de l'injection du sérum animal et à celle du chlorure de calcium, que MM. Monod et Quénu veuillent bien m'excuser d'avoir parlé d'abondance au lieu de lire mon rapport où ils verront que M. Weil a étudié comparativement cette action et conclut à la supériorité du sérum. Voilà pourquoi je crois que nous ferons bien d'essayer ce procédé : c'est la conclusion que tire M. Quénu et que je me permettrai d'approuver, puisque précisément c'est à elle que je m'étais arrêté.

Communication.

Tumeur polykystique para-rénale combinée à deux reins polykystiques,

par M. LEJARS.

L'histoire des tumeurs paranéphrétiques est assez complexe encore pour qu'il soit utile d'en publier les cas nouveaux qui se présentent, et celui que je désire vous communiquer me paraît, d'ailleurs, particulièrement curieux et par la nature et l'origine de la tumeur, et par les lésions rénales et hépatiques qui l'accompagnaient.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui me fut envoyée, à l'hôpital Saint-Antoine, dans les premiers jours de janvier dernier, pour une tumeur de l'hypocondre et du flanc gauches. La malade n'avait pas d'antécédents morbides spéciaux : elle s'amaigrissait depuis un an environ, elle éprouvait de temps en temps une sensation de gêne et de plénitude dans le côté gauche du ventre, jamais de douleur aiguë; elle était habituellement constipée, mais aucune crise d'obstruction ne s'était produite; elle n'avait jamais, à sa connaissance, rendu de sang ni de matières noires dans les selles. Les mictions étaient normales, la quantité journalière des urines ne semblait pas s'être modifiée; elle était, dans le service, de 1.000 à 1.200 grammes; l'urine était limpide et de couleur ordinaire : on n'y trouvait ni albumine, ni sucre.

Sous l'arcade costale gauche, et se prolongeant jusqu'à la hauteur de l'ombilic, on sentait une tumeur du volume approximatif d'un gros poing, un peu allongée de haut en bas et de dedans en dehors, de consistance ferme, un peu dure, compacte, de surface très légèrement bosselée, immobile et fixe dans la profondeur. Au-devant d'elle, on trouvait, assez mal, d'ailleurs, la sonorité du côlon; par l'exploration bimanuelle de la région rénale, on n'arrivait pas à percevoir la masse en arrière, au contact de la paroi lombaire. On ne constatait pas nettement le pôle inférieur du rein, de ce côté. A droite, l'examen de la région rénale ne révélait que l'extrémité tout inférieure de l'organe. Les uretères et la vessie étaient normaux. Après avoir discuté l'hypothèse d'une tumeur du rein gauche, nous fûmes conduits, par les résultats de cette exploration, plusieurs fois répétée, à l'abandonner, et celle d'une tumeur colique ou péri-colique nous parut la plus vraisemblable.

Ce fut sur cette idée — qui, toutefois, ne nous satisfaisait pas de tout point — que l'intervention fut réglée; la constipation était devenue opiniâtre, et, si nous ne comptions qu'assez peu sur l'ablation possible de cette tumeur adhérente, du moins pouvions-nous faire une anastomose intestinale.

Le 14 janvier, la laparotomie fut donc pratiquée ; sous l'anesthésie, la paroi abdominale, détendue et flasque, laissait apercevoir, en relief, la tumeur, en haut et à gauche de l'ombilic. Le ventre ouvert, j'allai au côlon transverse et à son angle gauche ; le gros intestin était indemne ; la masse était rétro-péritonéale et soulevait le feuillet supérieur du méso-côlon transverse et le feuillet gauche du méso-côlon descendant. Je refoulai l'intestin vers la ligne médiane, j'incisai le péritoine postérieur, et je parvins alors sur la grosse tumeur, qui, désormais, me paraissait nettement rénale, et que je me mis en devoir de libérer. La besogne fut des plus pénibles : la tumeur, kystique par places, mais qui semblait épaisse et ferme dans la plus grande partie de son étendue, était adhérente, et intimement adhérente, de tous les côtés ; elle se prolongeait en haut et en dedans, dans l'épaisseur du méso-côlon transverse, vers le pancréas, au-devant de la colonne vertébrale, au contact des gros vaisseaux, dont la lésion était fort à craindre; pourtant, je finis par l'énucléer tout entière, sans accident, sans la déchirer, sauf au niveau d'un kyste antérieur qui se rompit, et j'isolai un pédicule très net, gros comme le doigt, que je liai deux fois. La masse enlevée, la vaste cavité qu'elle occupait saignait un peu en nappe, et je réunis à la paroi les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure et laissai une lamelle de gaze stérilisée.

Nous avions la tumeur, et d'emblée elle nous apparut comme un gros rein polykystique (fig. 1) ; elle avait absolument la forme du rein, les deux pôles, le bord convexe, le hile; elle était parsemée à sa surface de kystes de formes variables ; elle en était entièrement composée dans son épaisseur. C'était, morphologiquement, un type de gros rein polykystique, et, tout de suite notre pronostic fut des plus sombres; notre opérée allait succomber, sans doute, à l'urémie, très rapidement. Je savais bien que des observations ont été publiées, dans lesquelles l'extirpation d'un rein polykystique n'a point été suivie de mort, mais j'ai toujours gardé quelque méfiance à l'endroit de ces faits heureux ; j'ai eu l'occasion d'enlever moi-même, il y a quelques années, un rein d'apparence nettement polykystique, et dont je gardai même une partie, qui semblait encore intacte, et l'examen histologique montra que, malgré cet aspect si typique et si frappant, il s'agissait, en réalité, d'un épithélioma kystique. La vraie maladie kystique du rein

est toujours bilatérale, et, s'il arrive que le processus soit moins développé dans l'un des deux organes, il doit être tout exceptionnel, semble-t-il, que le parenchyme restant snffise à l'élimination urinaire, après la néphrectomie d'un côté.

Je m'attendais donc à une rapide urémie. Il ne se produisit rien de semblable. Mon opérée urina 500 grammes le premier jour, 6 à 800 grammes les jours suivants, elle ne présentait aucun signe d'intoxication, l'état général était satisfaisant. La mèche fut retirée au troisième jour; la plaie était d'aspect normal et donnait seulement quelques gouttes d'un suintement clair. Je commençais à croire que mes alarmes n'étaient pas fondées, et que, malgré mes méfiances préconçues, j'allais assister à la guérison d'une néphrectomie pour rein polykystique. Au dixième jour, tout changea brusquement; la malade cessa d'uriner, elle tomba rapidement dans une torpeur cérébrale de mauvais augure, la respiration devint fréquente et irrégulière, des spasmes survinrent aux deux mains : elle succombait le lendemain.

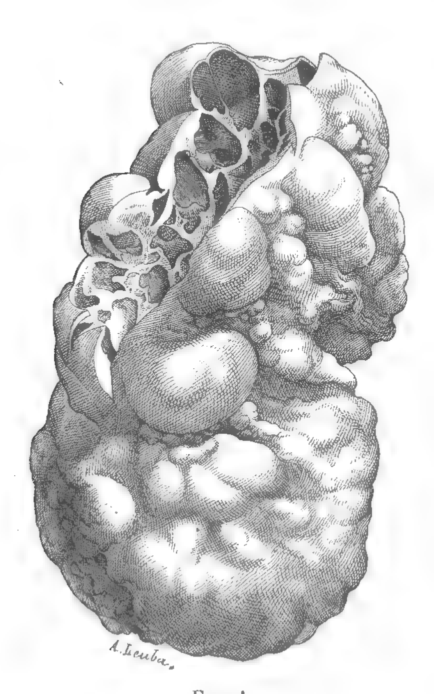


Fig. 1.
Tumeur polykystique para-rénale.

L'autopsie fut faite par mon chef de laboratoire, M. le Dr Vitry; elle nous réservait une grosse surprise. M. Vitry trouva les deux reins à leur place normale, et les deux reins étaient polykystiques. Il trouva, de plus, à la face inférieure du lobe droit du foie, une série de petits kystes,

Que représentait donc cette tumeur que nous avions enlevée? L'examen que voici, pratiqué par le Dr Vitry, nous l'a révélé :

I. *Tumeur enlevée chirurgicalement.*

Macroscopiquement. — La tumeur à la forme générale d'un rein avec un hile et deux pôles de volume à peu près égal. Sa longueur est de

16 centimètres, sa largeur de 9 centimètres et son épaisseur d'environ 5 centimètres. Le poids est de 270 grammes.

La surface présente encore quelques tractus fibreux et graisseux d'adhérences rompues ; elle est parsemée de kystes de volume variable, les plus gros ayant le volume environ d'une petite mandarine et les plus petits d'une cerise ; les plus volumineux sont situés en bas et en avant. Au niveau du hile on voit se détacher un pédicule long d'environ 4 centimètres et gros comme le petit doigt, que l'on a sectionné au cours de l'opération. A la coupe, il s'écoule un liquide clair et un peu filant ; on constate que la dégénérescence kystique a envahi toute la tumeur et que les kystes sont accolés les uns aux autres ; par places cependant, il subsiste encore du tissu compact sur une étendue de plusieurs centimètres carrés.

Au microscope. — L'aspect des coupes est variable suivant les endroits considérés : par places, on trouve du tissu adipeux ; ailleurs du tissu conjonctif jeune avec des îlots embryonnaires ; ailleurs on trouve des cavités irrégulières tapissées par un épithélium cylindrique assez haut et régulièrement disposé sur une seule couche ; la cavité contient des cellules épithéliales et migratrices. La paroi des cavités kystiques visibles à l'œil nu est tapissée par un épithélium cylindrique régulier à noyau nettement visible et prenant fortement les colorants.

En aucun point et sur plusieurs coupes examinées on ne trouve trace de tissu rénal.

Le *pédicule* appendu à la tumeur est formé d'une artère assez volumineuse entourée de quelques capillaires assez importants et constitue un pédicule vasculaire.

En somme, cette multiplicité de tissus paraît relever *d'une persistance et d'une modification wolfienne*, et la tumeur a tous les caractères d'une tumeur embryonnaire.

II. — *Pièces d'autopsie.*

Reins. — Les deux reins sont volumineux en polykystique (fig. 2) : le rein droit pèse 220 grammes et le rein gauche 205 grammes. Leur surface est lisse, mais parsemée de kystes dont les plus gros atteignent le volume d'une noix et les plus petits celui d'un grain de millet. Les plus volumineux sont situés au milieu de la face antérieure du rein droit.

A la coupe, il s'écoule un liquide clair légèrement jaunâtre. On constate que les kystes ont envahi surtout la substance corticale ; on découvre des cavités du volume d'une noisette, séparées de la capsule par environ 1 centimètre de tissu sain. Les petits kystes du volume d'une lentille abondent ; mais il reste encore une assez grande portion de tissu rénal sain.

Au microscope. — Les reins sont atteints d'une néphrite interstitielle intense. Les parois des cavités kystiques sont tapissées par un épithélium très aplati.

Le contenu est constitué par une substance amorphe colorée en rose par l'éosine.

On peut suivre en certains points la formation de certains de ces kystes qui semblent formés aux dépens de la cavité glomérulaire ; car on voit des glomérules atrophiés tassés en un point de la cavité agrandie et occupée presque en entier par une substance amorphe rose.

En somme, reins polykystiques avec sclérose marquée.

Foie. — Présente surtout à sa face inférieure un certain nombre de petits kystes du volume d'une noisette au maximum. Il n'y a aucun de ces kystes dans la profondeur du parenchyme. Le foie est graisseux, sans cirrhose. La paroi du kyste est formée par un épithélium très aplati, doublé de cellules conjonctives allongées, et il est difficile de dire où sont nés ces kystes.

Rate. — Rien à signaler.

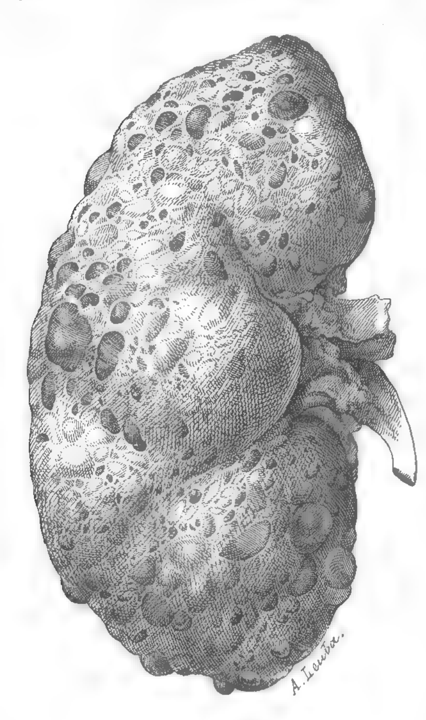


Fig. 2.
L'un des reins polykystiques.

Nous avons donc eu affaire à une tumeur pararénale polykystique, développée, suivant toute vraisemblance, aux dépens des débris restants du corps de Wolff, et combinée à une maladie kystique, des mieux caractérisése, portant sur les deux reins et sur une partie du foie.

En 1903, notre collègue M. Albarran (1) nous communiquait ici l'observation d'une grosse tumeur polykystique péri-rénale, qu'il avait extirpée, avec succès, chez un enfant de dix mois : elle occupait le devant du rein droit, qui dut être enlevé, mais qui en était nettement indépendant ; l'examen histologique permit de conclure qu'elle s'était développée aux dépens « de néoformations aberrantes du corps de Wolff ». C'était, suivant la remarque de M. Albarran, le premier exemple de tumeur polykystique péri-

(1) Albarran. Tumeur polykystique congénitale développée aux dépens du corps de Wolff. (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 28 janvier 1903, p. 117).

rénale. Notre cas sera le second. Si l'on trouve, en effet, un certain nombre de tumeurs kystiques péra-rénales, publiées par MM. Hawkins, Przewoski, Obalinski, Pawlik, etc., il s'agissait dans toutes ces observations de kystes uniloculaires, et les auteurs notent aussi que la paroi en était d'ordinaire très peu adhérente et la décortication facile. M. Przewoski, en 1889, signalait, de plus, l'origine wolffienne probable de ces kystes. Or, la tumeur observée par M. Albarran et la nôtre étaient entièrement polykystiques; elles étaient, en outre, très adhérentes; enfin l'examen histologique témoignait, de façon très précise, en faveur de leur développement aux dépens des débris wolffiens.

Il y a lieu d'insister, dans notre cas, sur la combinaison des deux reins polykystiques avec la tumeur polykystique para-rénale, et cette coexistence n'a point encore été signalée. Est-ce là, d'ailleurs, une simple coïncidence, et n'est-on pas tenté de voir là une communauté pathogénique et une parenté d'origine? Je pose simplement la question.

Présentations de malade.

Luxation du carpe.

M. Chaput présente un malade atteint de luxation du carpe. traitée par la résection partielle du carpe avec un résultat fonctionnel excellent (sera publié ultérieurement).

M. Loison. — J'ai précisément eu l'occasion de revoir, il y a quelques jours, un malade atteint de fracture du scaphoïde avec luxation du semi-lunaire, que j'avais radiographié et traité il y a sept à huit ans. Je proposai à cette époque au sujet de lui pratiquer l'extirpation du scaphoïde et du semi-lunaire. Il refusa et préféra se faire traiter par les différents agents de la thérapeutique physique. Il a fait, il y a deux ans, un séjour à Bourbonne sans aucune amélioration des fonctions de son poignet, à peu près complètement ankylosé.

Je lui proposai dernièrement, à nouveau, l'extirpation du scaphoïde et du semi-lunaire. Il n'accepta pas encore et demanda seulement à faire usage des eaux de Barèges, espérant que les eaux sulfureuses seraient plus favorables à son poignet que les eaux chlorurées sodiques.

Le Secrétaire annuel,
H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 13 MARS 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

2°. — Lettre de candidature de M. MICHON.

3°. — Lettre de candidature de M. LAUNAY.

4°. — Lettre de candidature de M. RICHER.

5°. — Une lettre de M. A. HERRGOTT (de Nancy), informant la Société de la mort de son père, l'éminent gynécologue, mort à l'âge de quatre-vingt-douze ans et six mois.

Le secrétaire général est invité à transmettre à M. A. HERRGOTT et à sa famille, les condoléances de la Société de chirurgie.

A propos de la correspondance.

1°. — M. ROCHARD présente un travail de M. le Dr BELLAN (de Marseille), sur un *cas de perforation typhique guérie par la laparotomie précoce.*

Renvoyé à une Commission, dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

2°. — M. KIRMISSON présente un travail de M. le Dr GAUDIER (de Lille), intitulé : *Déformation rachitique symétrique des deux poignets, par radius curvus.*

Renvoyé à une Commission, dont M. KIRMISSON est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

De l'hémostase chez les hémophiliques,

par M. H. TOUSSAINT, membre correspondant.

Pour faire suite au magistral rapport de M. Broca sur la communication de M. E. Weil, j'ai l'honneur de vous apporter le seul cas d'hémorragie hémophilique qui a sérieusement compromis et failli jeter le caillou noir sur ma série heureuse de 1.100 cas de cures opératoires de différentes hernies.

Aussi ai-je pris depuis l'habitude, comme nous le conseille M. Chaput, de me renseigner avant d'opérer, sur l'existence possible de ce vice humoral, qui devenait d'autant plus grave, dans l'observation suivante, qu'il était d'origine familiale.

Entéro-épiplocèle inguinale droite incomplètement réductible. Cure opératoire. Hernio-laparotomie secondaire pour hémorragie du tablier épiploïque d'origine hémophilique. Injection de sérum artificiel gélatiné. Guérison.

Il s'agit d'un grand et vigoureux soldat d'infanterie, entré le 17 décembre 1902 dans mon service à l'hôpital de Saint-Mihiel, demandant à être opéré d'une hernie inguinale. Son infirmité remonte à huit ans; il a alors essayé de porter un bandage qu'il a dû abandonner; la compression était trop douloureuse. Cela s'explique par l'irréductibilité partielle de cette volumineuse entéro-épiplocèle, et par le port d'une trop petite pelote, qui lui avait été conseillée; d'où épiploïte. On voit même une assez large cicatrice cutanée, suite d'ulcération par ce bandage. Il ne se souvient pas que l'ulcération se soit compliquée d'hémorragie appréciable.

Le lendemain, à 3 heures de l'après-midi, l'intervention opératoire sous le chloroforme est assez complexe; car il s'agit d'une entéro-épiplocèle avec adhérence large de l'épiploon au sac. Ligature enchaînée à la forte soie de l'épiploon; avant d'abandonner le moignon, mon assistant habituel et excellent ami, le médecin-major Cavalier, peut constater avec moi que la surface de section était restée bien exsangue.

Nuit agitée, délirante, nausées et vomissements bilieux. Ténesme vésical et rectal.

A 8 heures du matin, à peine le reconnaissons-nous, car il présente des signes d'anémie suraiguë, avec voix blanche et éteinte; aussi, séance tenante, avec le Dr Cavalier, le faisons-nous transporter à la salle d'opération. Déjà nous avions fait le diagnostic d'hémo-pelvis à l'aide de deux signes cardinaux, sinon pathognomoniques : ténesme vésical, bande de submatité débordant les arcades crurales et se déplaçant du côté où l'on inclinait le bassin.

La hernio-laparotomie devient nécessaire pour inspecter le moignon épiploïque remonté haut.

Sur son pédicule la ligature à la soie est en place ; sur la surface sectionnée existent deux coagula du volume d'une petite lentille. Il ne se fait sous nos yeux pas le moindre suintement, ni exsudation; un fil de soie est néanmoins jeté au-dessus du sillon du premier.

Ce qui reste du grand épiploon a une teinte lavée, exsangue, sur laquelle tranchent de petites ecchymoses disséminées, formant un persillé hémorragique, une fine mosaïque. Rappelons que cette mosaïque a été vue par Frœlich sur la séreuse du genou, au cours d'une arthrotomie pour arthrite hémophilique. (*Zeitsch. f. orthop. Chir.*, 1905.)

La main, plongée de parti pris dans la cavité pelvienne, en ramène une masse de sang grumeleux, mal coagulé, d'environ 1.200 grammes.

L'opération ne dure pas plus de dix minutes, il n'y a pas d'hémorragie de la paroi, mais l'état général est alarmant, il semble désespéré, une syncope est survenue.

Lavage du péritoine avec deux litres de sérum artificiel à 45 degrés; drainage, bandage de corps fortement compressif.

Pendant la journée, injection hypodermique de 1.200 grammes de sérum artificiel renfermant 60 centigrammes d'ergotine, puis de 100 grammes d'une solution stérilisée de gélatine à 5 p. 100, et enfin de 100 grammes de cette même solution à travers les drains dans la cavité péritonéale.

Ce traitement est continué pendant huit jours consécutifs, au bout desquels les drains sont retirés; les pièces du pansement quotidien étaient largement imprégnées de sang.

L'état général et local deviennent bientôt assez satisfaisants pour que, six semaines après, notre opéré puisse se rendre en congé de convalescence dans sa famille, à Châteaudun.

Messieurs, je fus surpris de voir combien le père, arrivant près de mon opéré le soir de la deuxième intervention, paraissait peu impressionné par l'état du moribond. Il m'apprit bien vite, en effet, que ses sept enfants étaient des hémophiliques, que leur mère avait failli mourir en les mettant au monde et que ses filles surtout étaient atteintes d'épistaxis, qui les mettaient parfois en danger de mort. Et cependant, cette famille se compose de membres paraissant être de solides et vigoureuses personnes. Notre opéré lui-même a eu d'abondantes épistaxis.

Ici donc, comme dans les cas heureux cités par M. Tuffier, les injections de sérum artificiel ont, sans doute, aidé à combattre le vice humoral de l'hémophilie. Et pendant qu'elle était en pleine mode de guérison, je devais, n'est-il pas vrai, associer l'injection gélatinée, dont la nocivité tétanique possible n'était pas encore connue; elle fut pratiquée à dose faible, par le drain, pour modi-

fier la séreuse épiploïque, et d'un autre côté en injection hypodermique.

A défaut de sérum sanguin frais, M. Broca nous a appris que le sérum antidiphtérique avait assuré l'hémostase rapide chez un des hémophiliques de M. Weil.

N'y a-t-il pas lieu de faire plus et de rechercher si le sérum antitétanique n'exalterait pas, lui aussi, l'action de la thrombose chez les sujets atteints, suivant l'expression de Billroth, de cette affreuse infirmité?

Car nous faisons tous, maintenant, largement bénéficier nos blessés, ceux du moins qui, ayant plus ou moins mordu la poussière, présentent une solution de continuité muqueuse ou cutanée, si minime soit-elle, de l'action préventive du sérum antitétanique.

Eh bien! s'il se trouve parmi eux quelque hémophilique, ce sérum n'a-t-il pas alors une indication doublement efficace?

Quoi qu'il en soit, son pouvoir hémostatique me semble avoir été assez nettement en cause dans le cas suivant, pour qu'il mérite quelque attention.

Un artilleur est apporté le 1er mars courant, à deux heures du matin, dans mon service à l'hôpital Bégin, venant de tomber du deuxième étage du quartier.

Otorragie abondante à gauche et plaie contuse au niveau de la basse occipitale gauche. Perte absolue de connaissance, résolution musculaire, vomissements bilieux, coma. Il n'existe pas d'autres signes de localisation de lésion cérébrale que l'extension du gros orteil gauche lors du chatouillement plantaire (signe de Babinski); il doit être symptomatique de contusion, par contrecoup du lobe temporo-frontal droit.

Pansement aseptique de l'oreille et de la plaie du cuir chevelu. Après que j'eus retiré par ponction lombaire 30 grammes de sang pur et sous pression, je fis une injection hypodermique de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, récemment délivré par l'institut Pasteur.

En face de l'amélioration notable de l'état général du blessé, une seconde ponction lombaire parut encore indiquée, et je la faisais le lendemain.

Mais les quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien que je laissai s'écouler par l'aiguille de Tuffier, ne furent déjà plus que du liquide céphalo-rachidien à peine rosé; l'hématorachis avait disparu. Aujourd'hui, le malade a repris toute connaissance; le signe de Babinski ne s'est plus révélé le troisième jour après l'accident; la température est normale.

Si l'injection de sérum antitétanique a vraiment, comme celle

du sérum antidiphtérique, une action efficace assez immédiate de coagulation plastique vis-à-vis de la crase hémophilique, son indication thérapeutique posséderait, de plus, l'avantage sur le sérum de Roux, qu'elle expose moins aux accidents sériques, qui ont été bien notés par Weil, alors que ce dernier sérum injecté était cependant de toute récente préparation.

Je dirai, pour finir, qu'il est d'un intérêt capital que l'orthopédiste herniaire s'abstienne d'intervenir chez les hémophiliques, chez les enfants surtout, pour qui le pronostic opératoire est encore plus grave. Qu'il s'ingénie donc à dépister à temps cette tare et, pour cela, il faudrait désormais qu'un extrait du carnet sanitaire, scolaire ou régimentaire, appelât à temps, lors de l'hospitalisation, notre attention sur cette dyscrasie familiale.

Et je terminerai par la question suivante à M. Weil : pouvons-nous définitivement escompter que les injections préventives et curatives de sérum sanguin, par voie hypodermique ou intraveineuse, devenant ainsi médication spécifique, donneront l'immunisation absolue contre l'hémorragie post-opératoire chez les hémophiliques ?

Pancréatites.

M. Monod. — Je voudrais, à propos de l'intéressante communication de M. Guinard sur la pancréatite suppurée, faire remarquer que, dans bien des observations publiées sous le titre d'abcès sous-phréniques, le point de départ, resté souvent incertain, de la suppuration a dû être le pancréas.

Je vous ai moi-même communiqué en 1897 (1) sous le nom de *pyo-thorax sous-phrénique* un fait de ce genre. En relisant cette observation, j'y retrouve certains traits que M. Guinard considère comme caractéristiques de la pancréatite suppurée : début brusque par douleurs violentes, cachexie rapide, prédominance au début des phénomènes abdominaux qui, plus tard seulement, s'étendent à la base du thorax, — même guérison prompte après large ouverture sur le rebord costal inférieur sans contre ouverture abdominale.

Je remarque, d'autre part, que, dans l'importante thèse de Lang (2), dont je vous rappelais à cette époque les conclusions portant sur un relevé de 176 cas d'abcès sous-phréniques, — parmi les nombreux points de départ possibles de ces abcès (estomac,

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1897, t. XXIII. p. 735.
(2) *Lang. (J.) Ueber subphrenische Abscesse.* Thèse inaug. Moscou, 1895.

duodénum, cœur, voies biliaires, rates, reins, etc...), — pas une seule fois il n'est question du pancréas, dont la pathologie était alors encore dans l'ombre.

Par contre, il est noté que 35 fois l'origine de la suppuration était restée inconnue; dans plusieurs de ces cas, sans doute, on n'a pas « pensé au pancréas ».

Je relève dans ce même travail un chiffre qui vient à l'appui de ce que vous disait M. Guinard au sujet de la voie à suivre pour ouvrir, en pareil cas, la collection purulente. D'après Lang, l'opération par voie thoracique a donné 52,5 p. 100 de guérison, et celle par voie abdominale 51,8 p. 100 — chiffres sensiblement égaux, avec une légère nuance en faveur de l'ouverture par le thorax que défend M. Guinard.

J'ai moi-même suivi cette voie, dans le cas que je vous rappelais tout à l'heure, et cependant la malade avait présenté une grande voussure à la région épigastrique. Mais cette voussure, au jour fixé pour l'opération, avait pour ainsi dire disparu; les phénomènes thoraciques étaient devenus prédominants. C'est pour cette raison que j'ai fait l'incision en arrière.

Bref, je conclus, sur ce point, comme M. Guinard, que la meilleure ouverture sera celle qui conduira le plus directement et le plus rapidement sur la collection.

M. PIERRE DELBET. — L'intéressante communication de mon ami Guinard m'incite à vous donner le résumé d'une observation ancienne qui n'a jamais été publiée. Elle date de la fin de 1896.

Un infirmier de l'hôpital Laënnec, Joseph G., âgé de quarante-deux ans, fut pris de douleurs violentes dans la partie supérieure de l'abdomen, le 17 novembre 1896. Il fut immédiatement placé dans le service de Merklen qui fit le diagnostic de perforation de l'estomac. Les symptômes qui avaient paru extrêmement menaçants s'amendèrent assez vite : le péritoine ne réagit pas; il se forma une tumeur dans la région épigastrique, et c'est seulement plus de trois semaines après le début des accidents que je fus appelé à voir le malade.

Son état général ne paraissait pas très grave. L'examen local révélait la présence dans la région épigastrique d'une tumeur ovoïde plus saillante à gauche qu'à droite. Cette tumeur donnait à la percussion un son tympanique dans toute son étendue, de sorte qu'elle paraissait surtout constituée par des gaz. Mais la succession hippocratique démontrait la présence du liquide. Et, chose curieuse, on y entendait de temps en temps avec une extrême netteté la sonorité cristalline si particulière du tintement métallique.

Le 2 décembre 1896, je procédai à l'opération. Je fis une incision verticale sur le muscle droit du côté gauche. La grande cavité péritonéale ne fut pas ouverte. L'épiploon gastro-hépatique, méconnaissable, était adhérent au péritoine pariétal et j'entrai directement dans une vaste cavité d'où il s'échappa d'abord des gaz qui empestèrent l'atmosphère. Le pus, bien qu'en notable quantité, n'était cependant pas assez abondant pour s'écouler à l'extérieur pendant que le malade était dans le décubitus dorsal. Il fallut l'incliner sur le côté gauche pour évacuer la collection.

Même dans cette position, l'évacuation restait fort incomplète. Je la complétai en nettoyant la poche avec des compresses montées sur des pinces. Il fut facile de constater qu'elle siégeait au-dessus de l'estomac, qui ne présentait aucune perforation. Je terminai par un drainage capillaire avec des mèches de gaze stérilisée.

Malgré les conditions défavorables de ce drainage qui était exactement au point culminant de la cavité au lieu d'être au point déclive, les suites furent de la plus parfaite simplicité. La cavité se combla vite et le malade sortit complètement guéri le 26 janvier, moins d'un mois après l'opération. Son état général était excellent, il s'alimentait bien, se plaignant seulement de quelques douleurs dans les hypochondres, particulièrement du côté gauche et surtout après le repas.

Telle est, messieurs, mon observation. Elle correspond bien à ce que l'on appelle aujourd'hui une pancréatique suppurée. Brusquerie du début, intensité de la douleur primitive, siège de la collection au-dessus et en arrière de l'estomac, tout y est.

Ai-je bien eu la preuve que c'était le pancréas qui avait été primitivement en cause? En aucune façon. Mais je demanderai dans combien d'observations cataloguées pancréatiques cette preuve a été faite.

Guinard, dans sa communication, nous disait très justement : « Je crois bien que quelques observations publiées avec l'étiquette « pancréatite » pourraient aussi bien être des infections rétro-gastriques d'origine stomacale. » Il me semble qu'il a tout à fait raison.

Que les pancréatites existent — cela n'est pas douteux. Et l'on ne voit pas pourquoi cette énorme glande, seule entre toutes, échapperait à l'infection.

Mais actuellement, on baptise pancréatites presque toutes les suppurations rétro-péritonéales, et particulièrement celles de l'étage supérieur du pancréas. Ainsi toutes les collections que nous appellions, il y a quelques années, pyopneumothorax sous-phréniques sont dites pancréatiques. C'est ce qu'a fait mon ami

Guinard lui-même. Sa dernière observation de pancréatite suppurée est un beau cas de pyo-pneumothorax sous-phrénique. Le pancréas était-il en cause? C'est possible, mais nullement prouvé puisque l'examen de l'urine n'a rien révélé d'anormal et que l'étude des matières fécales faite par M. Ambard a montré que le pancréas fonctionnait normalement.

Il est en tout cas bien certain que tous les pyopneumotorax sous-phréniques ne relèvent pas du pancréas. Et en voici une preuve de plus. La collection siégeait du côté droit, mais des abcès pancréatiques peuvent siéger de ce côté, puisque la tête du pancréas est à droite; et même la partie la plus exposée, le triangle d'infection de Desjardins, est à droite de la colonne vertébrale.

L'observation à laquelle je fais allusion est celle d'un Italien de trente ans, qui, le 1er novembre 1904, fut pris brusquement pendant son travail d'une douleur abdominale mal localisée avec vomissements. Les symptômes s'amendent, et le 19 décembre il est pris d'une nouvelle douleur dans la région ombilicale. Nouvelle accalmie suivie d'une reprise de douleurs, toujours dans la région ombilicale. Il entre dans le service de M. Bourcy, le 10 janvier. Il se plaint de douleurs abdominales vagues et présente un état d'adynamie prononcée. Sa température est à 40. On pense à une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic est négatif.

Le 17 janvier, on perçoit des signes d'épanchement pleural du côté droit. M. Bourcy fait une ponction et retire le pus. Le lendemain, il me passe le malade comme atteint de pleurésie purulente et je l'opère immédiatement en sa présence.

Je résèque la neuvième côte sur une étendue de 9 à 10 centimètres. La plèvre n'est pas épaissie. Je l'incise : elle présente une apparence tout à fait normale. M. Bourcy, qui avait constaté des signes nets de pleurésie, qui avait retiré une pleine seringue de pus, ne pouvait en croire ses yeux, et il me pria d'incliner le malade sur le côté pour voir s'il ne viendrait pas un peu de pus du sinus costo-vertical. Cela fut fait; il ne vint que quelques grammes de liquide séreux.

Mais je remarquai que le diaphragme bombait en une forte saillie. J'y plongeai un trocart qui donna issue à du pus. Je suturai alors le diaphragme à la plèvre costo-pariétale pour fermer la cavité pleurale, puis je l'incisai largement. Il s'écoula une énorme quantité de pus, et, explorant la cavité avec des tampons montés sur de longues pinces courbes, je constatai qu'elle s'étendait jusqu'au bord antérieur du foie.

La température s'abaisse immédiatement au voisinage de 37 degrés. Mais cependant le résultat de l'intervention n'est pas brillant. Le malade continue à s'affaiblir et à maigrir. Il se plaint de

temps en temps de douleurs dans le côté droit et il devient évident pour moi que l'origine de l'abcès sous-phrénique est dans l'appendice. Cependant, les accidents du côté de l'abdomen ne paraissent pas menaçants.

D'autre part, malgré la suture du diaphragme, le malade infecte sa plèvre. Il s'affaiblit de plus en plus et finit par succomber le 7 mars.

L'autopsie a montré que les lésions avaient bien l'appendice pour origine, et nous avons été surpris, étant donné le peu de réaction du côté de l'abdomen, de trouver plusieurs loges purulentes entre les anses intestinales.

Il n'est donc pas douteux que les suppurations rétro-péritonéales et les abcès sous-phréniques reconnaissent d'autres causes que le pancréas. Et quand on a dit pancréatite suppurée, on n'a pas fait avancer beaucoup la question ni le diagnostic.

En somme, ce que l'on reconnaît, c'est l'existence d'une collection purulente et comment parler de son traitement d'une manière générale, alors qu'elle peut occuper des sièges si variables.

En réalité, en pratique, on marche au feu, c'est-à-dire qu'on tâche d'évacuer le pus là où il paraît pointer.

J'ai pris dans un cas la voie transpleurale, parce que le diagnostic était pleurésie purulente, et, Guinard nous l'a dit, c'est pour la même raison, c'est parce qu'un médecin éminent lui disait : « Je constate tous les symptômes d'une collection pleurale », qu'il est passé par la plèvre.

Mais je ne crois pas du tout que la voie transpleurale soit la voie d'élection. Je n'ai pas eu à m'en louer, puisque finalement la plèvre s'est infectée. Ce n'est pas ce qui a fait mourir le malade, mais ce n'en est pas moins une circonstance fâcheuse.

Je le répète, on ne peut pas poser de règles générales; même pour les suppurations d'origine incontestablement pancréatiques. Le pancréas est à cheval sur la colonne vertébrale; sa tête est à droite, sa queue à gauche; ses rapports sont innombrables; les collections dont il est l'origine ont les évolutions les plus diverses. Comment dire si c'est ici plutôt que là qu'on doit les ouvrir. Pratiquement, il faut obéir aux circonstances, c'est-à-dire aux indications.

A l'avenir, si j'arrivais au diagnostic précis de collection rétro-péritonéale occupant l'étage supérieur de l'abdomen, je m'efforcerais de l'atteindre par la voie lombaire, et je crois que j'y arriverais facilement en passant par décollement en arrière du rein. Il me semble qu'on obtiendrait ainsi le meilleur drainage avec le minimum de dangers.

M. QUÉNU. — Nous devons être reconnaissants à M. Guinard d'avoir de nouveau appelé l'attention sur l'histoire des pancréatites suppurées. Je ne veux discuter qu'un point, c'est celui du diagnostic. Est-il exact de dire que ce diagnostic est facile? je ne le pense pas, et en particulier la distinction avec les abcès rétrogastriques consécutifs à une perforation de l'estomac et du duodénum n'est pas toujours aisée à faire. M. Guinard nous dit qu'il n'est pas ordinaire qu'un ulcère de l'estomac se perfore sans que le malade ait présenté antérieurement des « signes gastriques », et plus loin « un ulcère de l'estomac » ou du duodénum qui perfore toute la paroi a été soigné antérieurement pour des douleurs ou des hémorragies, mélæna ou hématémèses. Or, pour le duodénum l'ulcère latent est la règle, nous dit M. Dieulafoy, et pour l'estomac l'ulcère latent n'est pas rare.

Je vais vous rapporter une observation bien démonstrative au point de vue de ces difficultés diagnostiques entre l'ulcère gastrique et la pancréatite.

Le nommé E. D..., âgé de vingt-cinq ans, brocheur, nous fut amené le jeudi 20 décembre en voiture d'ambulance pour des douleurs de ventre remontant à dimanche dernier.

Il avait travaillé comme d'habitude le samedi 15 décembre; néanmoins, il s'était senti moins d'appétit; il eut l'idée de se purger le lendemain dimanche. Une heure après avoir avalé son purgatif (1), il fut pris de vomissements et de douleurs vives à l'épigastre avec irradiations vers l'ombilic. Le malade souffrait horriblement, se tordait dans son lit, il lui semblait qu'un couteau lui traversait l'estomac.

Le lendemain lundi 17 décembre, les vomissement cessèrent, les souffrances avaient diminué, mais elles reprirent de plus bel et le déterminèrent enfin à entrer à l'hôpital.

Entrée le jeudi 20 décembre; voici quel était son état le 21 au matin.

Le malade souffre surtout de la distention du ventre : celui-ci est sensible partout, mais douloureux, particulièrement au niveau du creux épigastrique.

Ni selles, ni gaz depuis trente-six heures; température, 39°8; pouls à 120; urine, 800 grammes depuis hier.

Le facies est plutôt celui d'un malade atteint d'une maladie générale. Je demande à ce que l'on fasse le séro-diagnostic, l'examen du sang; l'examen des organes thoraciques est négatif, la respiration est à peine accélérée. Nous suspendons tout diagnostic; néanmoins nous émettons l'hypothèse d'une périgastrite postérieure chez un homme atteint antérieurement d'ulcère simple. Lorsqu'on interroge le malade sur son état de santé antérieur, il est peu explicite : il n'a jamais eu de vomissements, jamais de crises douloureuses, jamais rendu de

(1) Eau de Carabana.

selles noires; néanmoins, depuis quelques mois il avait de temps en temps des douleurs au creux de l'estomac; avec point dorsal, il n'avait pas, du reste, une très bonne hygiène alimentaire, mangeant vite et à des heures irrégulières.

Antécédents héréditaires : père mort de la poitrine.

La situation se maintient stationnaire jusqu'au 26; à cette date le ventre devient plus souple à la suite de garde-robes; la fièvre persiste, le malade maigrit et pâlit.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Examen du sang : leucocytes, 13.600; polynucléaires, 92; mononucléaires, 8.

Examen des matières, par le réactif de Weber : pas d'hémorragies occultes.

Le séro-diagnostic est négatif, la rate n'est pas grosse, pas de bacilles de Koch ni de pneumocoques dans les crachats; la région appendiculaire demeure souple et indolore; pas de matité dans les flancs; le foie est un peu gros, 10 centimètres sur la ligne axillaire; les muscles droits sont contracturés dans leur segment supérieur, surtout à droite; c'est là que la sensibilité à la pression est maxima. On n'y perçoit du reste aucune tuméfaction.

Cependant l'état général s'améliore, et du 11 au 29 janvier la fièvre tombe au-dessous de 37, sauf un seul jour; le pouls est au-dessous de 80, l'appétit est revenu.

Dans la nuit du 30 janvier, crise douloureuse dans les lombes et le ventre, température 39°2. La fièvre à partir de ce moment, présente de grandes ascensions vespérales; le malade maigrit de nouveau, son teint est devenu ictérique; douleurs dans les espaces intercostaux sur la ligne axillaire. Ponction négative.

Le 2 février, vomissement de pus verdâtre, environ deux grands verres; les douleurs spontanées sont très vives, l'ictère est foncé, température 39°4.

Aucun phénomène thoracique; nous supposons que la périgastrite suppurée s'est ouverte dans l'estomac à sa face postérieure, et, bien qu'on ne sente aucune tuméfaction abdominale, je conseille à M. Duval d'intervenir, en réséquant au besoin le rebord costal. L'opération est faite par M. Duval l'après-midi. Voici la note qu'il nous a remise :

« *Opération.* — Incision en baïonnette.

Le lobe gauche du foie, adhère par sa face inférieure au bord supérieur du duodénum (1re portion) et du pylore. La séparation ne peut se faire qu'au prix d'une déchirure du foie qui saigne abondamment. Tamponnement.

Au niveau de la tête du pancréas, au-dessus de la petite courbure, existe un gros foyer inflammatoire au centre duquel, sans qu'il soit possible de préciser si la collection est intra ou pré-pancréatique, se trouve un abcès peu volumineux qui est évacué. La face postérieure du pylore et du vestibule pylorique adhère en totalité à la face antérieure du pancréas. Je ne puis me rendre compte s'il existe là une perforation viscérale.

Le pédicule hépatique recouvert d'adhérences et infiltré d'œdème ne permet pas la reconnaissance du cholédoque; du reste, l'hiatus de Winslow est comblé.

La vésicule est moyennement distendue, je me décide à une cholécystostomie en un temps qui laisse écouler du mucus teinté par la bile, mais pas de bile vraie. Tamponnement sous-hépatique, et drain dans la cavité de l'abcès.

Le diagnostic opératoire est donc abcès pré ou intra-pancréatique (tête de l'organe dans son segment sus-gastrique) probablement dû à une perforation du duodénum ou de l'estomac qui n'a pas été recherchée. Angiocholite avec oblitération temporaire du cystique ».

La température baisse un peu à la suite de l'opération, mais le pouls reste fréquent; l'état général ne s'améliore que le surlendemain avec l'apparition d'un écoulement de bile abondant par la fistule vésiculaire. Du 15 février au 6 mars, la température se tient au voisinage de 37, le facies devient meilleur, l'ictère disparaît, le pouls s'abaisse au-dessous de 100; mais le 7 mars le thermomètre monte de nouveau et il survient à l'aine gauche une tuméfaction douloureuse dans la région du cordon.

Messieurs, nous ne savons encore à l'heure qu'il est quelle sera l'issue terminale, mais l'observation telle que je viens de la rapporter nous montre que, même après l'intervention, le diagnostic demeure incertain.

Quant à la voie d'accès, je pense comme M. Delbet qu'elle doit varier suivant les cas et qu'il ne saurait être question d'adopter une voie exclusive, telle que la voie transpleurale.

Rapport.

Néphroptose et scoliose réflexe, par M. le Dr Dieulafé.

Rapport de M. A. BROCA.

Sur une jeune femme atteinte de rein flottant compliqué de crises d'uronéphrose, M. Dieulafé a observé une incurvation lombaire latérale qui a disparu à la suite de la néphropexie. Le redressement de la colonne vertébrale, survenue sous l'influence du traitement institué pour empêcher l'uronéphrose de se reproduire, indique qu'il s'agissait d'une attitude vicieuse réflexe provoquée par l'affection rénale.

Une femme de vingt-cinq ans, ayant eu deux enfants, se plaignait fréquemment, depuis le premier accouchement, vieux de

quatre ans, de douleurs lombaires aggravées à la suite du deuxième accouchement, ayant trois ans de date.

Quand M. Dieulafé examina la malade, il trouva la cause des accidents dans une ptose du rein gauche avec uronéphrose intermittente. Le point intéressant à la palpation de l'abdomen était la perception, à gauche de la ligne médiane, d'une saillie osseuse, à convexité gauche, constituée par les corps des vertèbres lombaires déviées.

Malgré quelques essais pour maintenir avec une ceinture le rein remonté en bonne place, il fut évident que les crises de distension rénale augmentaient de fréquence et de gravité, et M. Dieulafé se décida, le 31 mars, à recourir à la néphropexie.

La malade n'était pas complètement endormie lorsqu'elle fut placée sur la table d'opération dans la position latérale, et l'on constata alors nettement la difformité de la colonne vertébrale perçue par le palper abdominal; la colonne lombaire était fortement déviée, décrivant une courbe à convexité gauche. Entre la 12e côte gauche et la crête iliaque correspondante, n'existait qu'un petit espace, comblé d'ailleurs par la saillie des apophyses costiformes. Pour éviter ces obstacles, M. Dieulafé dut tracer l'incision cutanée plus externe et plus oblique que selon le procédé classique. La malade n'était pas alors en résolution complète, mais à partir du moment où elle y fut, l'opérateur ne fut plus gêné par aucune saillie osseuse pour inciser les plans profonds et aborder le rein. Un aide repoussait l'organe à travers la paroi abdominale.

Rien de spécial sur la néphropexie et sur ses suites, qui furent normales.

Une vingtaine de jours après l'opération, la malade se levant et restant debout aisément, la colonne vertébrale était devenue rectiligne; par le palper abdominal on ne sentait plus la saillie des corps vertébraux à gauche de la ligne médiane.

Six mois après l'opération, le rein était resté bien fixé, son pôle inférieur était perceptible par le palper bi-manuel; il n'était plus douloureux. La malade éprouvait encore des douleurs vagues dans tout l'abdomen, avec crises assez fréquentes de météorisme; ces malaises sont vraisemblablement liés à la ptose intestinale. La colonne vertébrale est restée rectiligne. L'état général est bon, la malade est redevenue enceinte depuis deux mois.

Cette observation entre en série avec les scolioses réflexes où l'attitude vicieuse a pour but de soulager certaines douleurs viscérales. Ainsi on en a vu d'associées aux affections pleuro-pulmonaires, aux coliques néphrétiques, aux abcès périnéphrétiques. Mais M. Dieulafé n'a pas trouvé dans la littérature médicale de cas relatifs à la néphroptose. Peut-être des faits semblables sont-ils

restés inaperçus. J'en ai observé un cas par appendicite chronique à foyer lombaire.

Si je rappelle la scoliose de la névralgie sciatique, c'est parce qu'elle est une des plus fréquentes et des plus étudiées de ces attitudes vicieuses, fort différentes de la vraie scoliose en ce qu'elles ne se fixent pas — ou très tard — par déformation du squelette. Et, dans ce groupe, les cas observés sont assez nombreux pour qu'on puisse y déterminer quelques types.

Généralement, la courbure se fait du côté opposé à celui occupé par la névralgie, c'est la scoliose sciatique croisée de Brissaud; on voit plus rarement la courbure se faire du même côté que la névralgie, c'est la scoliose sciatique homologue de Brissaud; parfois, elle est alternante.

Au cours des affections pleuro-pulmonaires peuvent apparaître des déviations de la taille; je crois pouvoir faire ici abstraction de la scoliose pleurétique par rétraction thoracique après empyème ouvert à l'extérieur. Mais David Drummond (1879) a publié l'observation d'une fillette qui présentait une courbure dorsale à concavité gauche apparue au cours d'une congestion pleuro-pulmonaire du côté gauche; et Besson (Thèse de Paris, 1887-88) se demande si des scolioses réputées essentielles et facilement guéries par le traitement orthopédique ne tiendraient pas à une affection de la plèvre ou du poumon : « Le point de côté sous-mammaire des petites filles maladives, souvent violent, ne peut-il pas avoir aussi quelque influence sur la détermination des incurvations dites idiopathiques? »

Au cours des affections rénales douloureuses, les déviations de la taille ont généralement été observées sur des enfants. Paulet, en 1877, a relaté deux cas à la Société de chirurgie de Paris; dans le premier, il s'agissait de lithiase urique; les phénomènes douloureux et l'incurvation de la colonne vertébrale firent longtemps hésiter avec un mal de Pott; la portion dorsale du rachis décrivait une courbure à convexité gauche, la première apophyse lombaire était saillante et douloureuse à la pression. Dans la deuxième observation (communiquée à Paulet par le Dr Bloch), des coliques néphrétiques s'accompagnant de courbure dorsale avec saillie des deux dernières apophyses dorsales, avaient été confondues avec un mal de Pott.

Besson, dans sa thèse, rapporte une observation de Marquézy dans laquelle la déviation de la colonne était survenue au cours d'une lithiase rénale; il publie aussi une observation personnelle où ce fut un abcès périnéphrétique avec crises douloureuses qui provoqua une cyphose lombaire transformée plus tard en scoliose.

Gibney (1876) avait déjà publié deux cas d'abcès périnéphrétique accompagné de cyphose dorso-lombaire.

Kirmisson a observé un jeune homme chez lequel, à l'âge de sept ans, une néphrite s'était accompagnée d'une flexion latérale du rachis.

Dans l'observation de M. Dieulafé il ne s'agit plus d'un enfant; c'est une femme adulte, nerveuse, de constitution délicate qui, atteinte d'un rein flottant, a eu plusieurs crises douloureuses d'hydronéphrose et chez laquelle la colonne vertébrale s'est déviée en décrivant une concavité du côté opposé à celui de la lésion.

Comme dans tous les cas précédents, la guérison de l'affection rénale a amené la disparition de la déviation vertébrale, ce qui va avec ce que je viens de dire sur l'absence de déformation osseuse, car pour la scoliose vraie il faut qu'à l'attitude vicieuse se joigne une malléabilité normale du squelette.

Il y a lieu d'établir deux groupes parmi les observations dans lesquelles le côté de la lésion organique est indiqué. Dans un premier groupe de faits (affections pleuro-pulmonaires, quelques cas de sciatique, abcès périnéphrétique), le côté de la lésion correspond à la concavité de la scoliose; dans le deuxième groupe (la majorité des cas de sciatique, néphroptose) la colonne s'incline du côté opposé à la lésion.

Imitant la division établie par Brissaud pour la scoliose sciatique, on doit donc reconnaître des scolioses réflexes homologues et des scolioses réflexes croisées.

Dans la scoliose réflexe homologue, l'organe malade (nerf sciatique, plèvre, poumon, rein), par les douleurs qu'il détermine, oblige le sujet à incliner le tronc du côté atteint, les muscles de ce côté se contractant par action réflexe.

Dans la scoliose réflexe croisée, on peut admettre avec Schüdel, Güssenbauer, qu'il y a parésie des muscles du côté malade et que par contraction simple, sans même que le spasme intervienne, la colonne s'incurve vers le côté sain. Cette explication serait confirmée par ce fait que pour la scoliose sciatique, Schüdel a trouvé une branche sacrée allant se distribuer au muscle sacro-lombaire et pouvant, en cas de névralgie sciatique, amener une parésie de ce muscle.

Dans son observation, M. Dieulafé admet que les crises douloureuses avec ascensions thermiques ont provoqué de la parésie des muscles sous-jacents et ceux du côté opposé, prédominants, n'ont fait qu'exagérer la courbure lombaire à concavité droite, qui existe normalement. Cette opinion, sur laquelle mon opinion n'est pas fixée, serait d'accord avec la théorie allemande qui suppose, comme fait primitif, un relâchement des muscles d'un côté, ce qui

entraînerait la prédominance des muscles opposés, et M. Dieulafé conclut qu'il y a lieu de considérer tantôt un spasme direct, une contracture des muscles du côté malade (scoliose réflexe homologue), tantôt une parésie des muscles du côté malade et une contraction simple de ceux du côté sain (scoliose réflexe croisée). Quant à la cause de ces variations, elle paraît difficile à déterminer et l'observation des scolioses alternantes n'est pas faite pour éclaircir le débat.

Présentations de malade.

Luxation de la 2e rangée du carpe avec fracture du scaphoïde. Impotence fonctionnelle. Ablation du scaphoïde et du semi-lunaire. Résultats fonctionnels excellents.

M. Chaput. — Le 1er novembre 1905, le blessé, âgé actuellement de vingt-deux ans, a été renversé par un tramway, il affirme être tombé sur le dos de la main. Il fut conduit à Boucicaut ; la radiographie ayant révélé une luxation du carpe, il fut convenu qu'on n'interviendrait que s'il se produisait des troubles fonctionnels et on se contenta de maintenir l'avant-bras dans une écharpe. Le blessé sortit de l'hôpital au bout de six semaines, il se fit ensuite masser et électriser sans succès.

Vers le mois d'août 1906, les douleurs étant devenues plus violentes, le malade entra à Lariboisière le 15 octobre 1906.

Etat actuel. — La main étant en pronation on constate qu'elle est déjetée sur son bord cubital ; cependant l'extrémité inférieure du cubitus est plus saillante que du côté sain. Il existe au-dessous de cette saillie un sinus où l'on peut introduire le pouce.

Le dos de la main présente une saillie en dos de fourchette constituée par une saillie transversale très nette allant d'un bord à l'autre du poignet et siégeant au-dessous de la première rangée du carpe.

La main étant en supination, on constate en avant une saillie transversale nette se continuant avec l'extrémité inférieure du radius.

Les rapports des apophyses styloïdes radiale et cubitale sont normaux.

Les mouvements passifs sont à peu près nuls dans tous les sens. Il y a une atrophie musculaire nette de l'éminence thénar.

Les troubles fonctionnels sont très accentués, les mouvements actifs du poignet sont nuls, toute la région est très douloureuse ;

les douleurs sont exaspérées par les mouvements et par la palpation, surtout au niveau de la styloïde radiale.

Il existe une anesthésie nette avec engourdissement du pouce, de l'index, du médius et de la moitié de l'annulaire.

La radiographie montre les lésions suivantes : de *profil*, le grand os est luxé en arrière sur la première rangée du carpe, la première rangée est transportée vers la partie antérieure du radius; de *face*, les os de la première rangée se projettent sur la deuxième rangée qu'ils surmarchent de quelques millimètres, les interlignes articulaires des deux rangées du carpe ne sont pas visibles, le scaphoïde est fracturé en deux fragments.



Le 19 *octobre* 1906, je pratique une incision verticale antérieure un peu en dehors du médian. Une saillie osseuse volumineuse soulève comme un archet les tendons et nerfs.

J'extrais par morcellement les deux fragments du scaphoïde et le semi-lunaire seuls saillants; le pyramidal paraissant peu gênant est laissé en place.

Le rebord antérieur du radius faisant une très forte saillie est réséqué à la pince-gouge.

Drainage. Suture. Pas d'immobilisation. La guérison se fait sans encombre en quelques jours.

Actuellement 6 *mars* 1907. — Le blessé a repris depuis son travail de charretier, il a retrouvé à peu près la moitié de l'étendue

des mouvements normaux, il a retrouvé toute sa force et toute son adresse manuelle et se déclare très satisfait.

Réflexions. — Cette observation vient à l'appui des travaux de MM. Destot, Delbet, Segond, Tavernier. Notre observation correspond au premier degré de la luxation du semi-lunaire de Tavernier. Nous croyons plus rationnel avec Kirmisson et Delbet de nommer ces lésions : luxation du grand os ou de la deuxième rangée du carpe. La fracture du scaphoïde signalée par Destot, Tavernier et Delbet existe ici.



Je n'ai pas voulu faire d'opération précoce, mais les troubles fonctionnels graves m'ont obligé à intervenir plus tard.

L'incision antérieure préconisée par Delbet était indiquée pour extraire le semi-lunaire situé en avant, et que l'incision dorsale n'aurait pu atteindre.

L'ablation du scaphoïde et du semi-lunaire n'a pu être faite que par morcellement; cette ablation m'ayant paru suffisante, je n'ai pas jugé utile de faire une ablation plus complète, malgré l'opinion de Vallas.

Le résultat obtenu a été des plus satisfaisants, comme vous avez pu le voir.

Plaie du poumon par coup de feu.

M. Beurnier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de mon interne, M. Cottard, et au mien, une observation de plaies multiples de poumon par balles de revolver guéries par l'intervention.

J'ai pensé intéressant de présenter cette observation pour deux raisons :

1° Parce qu'il y a peu de cas, je crois, de semblables guérisons;

2° Parce qu'il semble, d'après ce cas, que le drainage, dans les conditions susindiquées, est préférable au non-drainage, contrairement à ce qui a été dit dans une communication récente à la Société.

Quadruple plaie pulmonaire, thoracotomie, sutures du poumon. Guérison.

Le 27 septembre 1906, on amène en voiture à l'hôpital Saint-Louis un homme de trente-six ans, qui, une demi-heure auparavant, s'était tiré deux balles de revolver, calibre 8 millimètres, dans la région précordiale.

Le blessé est conduit de suite dans le service de notre maître M. le Dr Beurnier, où je l'examine.

Le malade a toute sa connaissance, il ne se plaint que d'une sensation de faiblesse intense, avec un peu d'angoisse précordiale; il est excessivement pâle, assez dyspnéique; son haleine dégage une odeur fortement alcoolique; son pouls très faible, très rapide, est impossible à compter. Il crache un peu de sang. Température 36°4.

Deshabillé, le blessé présente dans la région précordiale deux orifices cutanés noircis sur les bords, avec un peu de sang coagulé autour; l'hémorragie externe a dû être minime, les vêtements étant peu tachés de sang.

Ces orifices siègent : l'un dans le 4e espace à 12 centimètres de la ligne médio-sternale, l'autre dans le 5e espace, à 9 centimètres de la ligne médiane, un peu en dessous et en dedans du mamelon gauche.

L'examen du cœur fournit peu de renseignements; les bruits, précipités, mais bien frappés, semblent un peu assourdis, surtout en approchant de la pointe du cœur, dont on croit percevoir les battements un peu plus haut que normalement. Exactement au niveau

habituel de la pointe du cœur, la main et l'oreille ne perçoivent rien. La matité cardiaque est impossible à bien délimiter.

L'examen du poumon est rendu très difficile par suite de toux incessante du malade, on note en arrière à gauche, une matité occupant la moitié inférieure du thorax.

Le ventre est souple et indolore.

Les signes d'hémorragie interne, et surtout le siège des orifices d'entrée des balles nous font penser à la possibilité d'une *plaie du cœur* avec épanchement sanguin dans le péricarde et la plèvre gauche.

En raison de la gravité de la situation, et convaincu que chaque minute perdue peut être grave de conséquences pour le blessé, nous intervenons d'urgence trois quarts d'heure environ après le moment où l'accident s'est produit.

On fait une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de caféine et de 4 centimètres cubes d'huile camphrée, et on essaye d'endormir le malade au chloroforme. Dès les premières bouffées, le blessé réagit violemment et recouvre assez d'énergie pour écarter l'infirmier qui le maintenait, se lever et sortir de la salle d'opération. Affaibli par cet effort et persuadé à nouveau de la nécessité d'une intervention, il se laisse anesthésier.

Pendant qu'on lave le malade, l'aide, mon collègue De Martel et moi, pour aller plus vite, mettons des gants de Chaput stérilisés à l'autoclave.

Les deux orifices cutanés sont réunis par une incision et, le trajet débridé, bientôt du sang mélangé d'air sort en éclaboussant; les plaies sont reconnues pénétrantes.

Utilisant l'incision de débridement, continuée en haut et en bas, nous taillons un lambeau qui formera un volet à charnière interne. L'incision verticale va du 2e au 6e espace intercostal, sur la ligne maxillaire, et est continuée par deux incisions horizontales allant jusqu'à environ 2 centimètres des bords du sternum. Rapidement, on arrive sur les côtes 3e, 4e et 5e qui, ruginées, sont réséquées sur plusieurs centimètres. La plèvre est largement fendue sur toute la hauteur de l'incision, et on rabat le volet en dedans en luxant les articulations chondro-sternales.

Du sang noir s'écoule en abondance de la cavité pleurale.

Le péricarde est intact.

Le poumon, libre d'adhérences, baigne dans le sang qui remplit le fond de la cavité pleurale.

La recherche de la source d'hémorragie est très difficile, parce que l'on n'arrive pas à éponger le sang qui se reproduit aussi vite qu'on l'enlève. Le poumon fuit sous les doigts qui le pincent et essayent de l'attirer au dehors. Alors délibérément nous pinçons le poumon avec des pinces en cœur qui nous rendent de grands service, pour attirer au dehors le lobe inférieur du poumon.

Celui-ci est perforé de part en part, avec un orifice de 6 à 8 millimètres sur la face antérieure et un sur la face postérieure, distants l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres environ.

Du sang noir sort en bavant de ces orifices, qui sont obturés chacun par deux points séparés au catgut. Une aiguille de Reverdin, courbe, est enfoncée dans le poumon, à environ 2 centimètres en deçà de l'orifice créé par la balle, pour ressortir à 2 centimètres en delà, embrochant une certaine épaisseur du poumon, pour ramener un catgut n° 1 qui, lié et serré, semble arrêter l'hémorragie.

Malgré cela, la cavité pleurale, que l'aide ne cesse d'éponger, se remplit toujours de sang. Alors, plongeant les mains au fond de la cavité pleurale, on essaie d'attirer le poumon en masse, de le luxer plus ou moins hors du thorax, le coudant sur son pédicule. Le chloroformisateur nous fait remarquer que chaque fois qu'on tire et éverse fortement le poumon, la dyspnée semble diminuer et la respiration se faire plus facilement.

On découvre alors sur la face externe du lobe supérieur un troisième orifice qui donne du sang comme les précédents, et, en explorant ce lobe, on sent, sous le doigt, un corps dur qui est presque sous la plèvre viscérale, sur la face postérieure de ce lobe. En déchirant la plèvre à ce niveau, on arrive facilement sur une balle, qui est extraite du poumon. Ces deux nouveaux orifices sont obturés de la même façon que les précédents.

On assèche la cavité pleurale avec des compresses; l'épanchement sanguin ne se reproduisant plus au fond de la cavité pleurale, on referme le thorax.

Le volet est rabattu, et la cavité thoracique est obturée plus ou moins bien avec deux plans de suture au catgut sur les parties molles, sans s'inquiéter de suturer la plèvre très déchiquetée.

Suture de la peau au crin sur toute l'étendue de l'incision, donc, sans drainage à ce niveau.

Un drainage postérieur est établi en arrière, au point déclive de la cavité pleurale, après résection de 2 à 3 centimètres de la 9e côte, à 12 centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Un drain gros et court, 2 à 3 centimètres, débouche dans la cavité pleurale et est maintenu à la peau par un crin, le tout vite recouvert de compresses aseptiques. Très peu de sang s'écoule par ce drain.

Pansement très épais et serré, et on injecte sous la peau 1 litre et demi de sérum dans les vingt-quatre heures.

L'opération a duré une heure environ.

Deux heures après, le malade reconnaît son frère qui vient le voir; le pouls est toujours rapide et la dyspnée marquée.

Le lendemain, le malade est un peu mieux; la température est 37°8, et la dyspnée moins intense; il rend quelques rares crachats de sang noir qui ne se reproduiront plus par la suite, mais il est fatigué par une toux incessante. T. 37°8. Pouls 120. Un litre de sérum.

Le deuxième jour, le pansement au niveau drain est changé; il est imbibé de sérosité et légèrement teinté de sang. T. 37°6. Pouls 124. Sérum 500 grammes.

Le troisième jour, le pansement est seulement imbibé de sérosité claire moins abondante. La surveillante du service raconte qu'elle a été

appelée le matin par le malade, pour lui extraire d'une narine un corps étranger qui est venu s'y loger à la suite d'un effort de toux. C'est un bouchon cylindrique imbibé de sang noirâtre, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, et que le malade reconnaît pour être la bourre qui, dans les cartouches dont il s'est servi, sépare la poudre de la balle.

L'état va en s'améliorant; la température du matin est 38°2. Pouls 130.

Le quatrième jour, le drainage est supprimé, et, le dixième jour, l'orifice en est obturé.

Au neuvième jour, les crins de la plaie antérieure sont enlevés; il y a réunion par première intention.

Le malade s'alimente bien, respire bien, sauf lorsqu'il se penche sur le côté gauche, ou quand il fait de grandes inspirations qui sont douloureuses. Il tousse toujours souvent.

A ce moment, en examinant le malade, on découvre dans le dos, sous la peau, la deuxième balle de revolver, que l'on sent très bien rouler sous le doigt. Elle est située à deux doigts, en dessous de la pointe de l'omoplate, à 9 centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Le malade s'oppose à l'extirpation de cette balle.

Jusqu'au vingt-cinquième jour, l'état du blessé a été en s'améliorant. Puis, pendant deux jours, la température, qui avait toujours oscillé de deux à trois dixièmes de degré autour de 38, monte à 39 degrés, le lendemain à 39°5. La toux sèche devient plus fréquente et plus pénible. Quand, au milieu de la nuit, au cours d'une quinte de toux, le malade se sent subitement soulagé, en même temps que le petit pansement protecteur qu'il portait se trouve mouillé.

Le lendemain, le pansement enlevé, on remarque au niveau du 2e espace, sur le milieu de la cicatrice, une fistule qui reçoit une sonde canelée, et qui, à chaque effort de toux, projette au dehors un jet de liquide séro-purulent jaunâtre, inodore. Cette fistule s'est spontanément fermée au bout de quelques jours, sans traitement. Depuis, la toux a cessé complètement. La température est revenue à la normale et s'y est maintenue depuis.

Le 22 octobre, soit cinquante-six jours après son entrée à l'hôpital, le malade, complètement guéri depuis quelque temps déjà, mais gardé en observation, quitte l'hôpital.

Actuellement, il y a quatre mois qu'il est sorti de l'hôpital; il est en parfaite santé; il a repris son travail et n'éprouve aucune gêne ni aucun autre trouble.

On constate actuellement la présence de la balle qui est toujours dans le dos, sous la peau, au même niveau la cicatrice du drainage et de la thorocotomie antérieure. A ce dernier endroit, il y a un aplatissement avec léger enfoncement. Les côtes ne sont pas encore reformées complètement. Le murmure vésiculaire s'étend sur toute la hauteur habituelle du poumon, seulement un peu plus assourdi à gauche qu'à droite.

Une fois guéri, le malade a raconté son histoire de la façon suivante : à la suite de discussion de famille, le malade alla se griser chez un marchand de vin. C'est sous l'influence de la boisson que, dans le café

même, tirant son revolver de sa poche, il en appuie le canon sur sa poitrine et fait feu. Le malade était debout; il tombe assis sur une chaise qui était à côté de lui, sans être autrement incommodé. Surpris du peu d'effet immédiat de cette première balle, il remet son revolver contre sa poitrine et tire un second coup. A ce moment, il est entouré, désarmé, conduit à l'hôpital Saint-Louis.

C'est un homme vigoureux, qui est resté dix ans dans l'infanterie de marine et qui, à part l'alcoolisme, n'accuse aucun antécédent pathologique.

Avec notre maître, M. le Dr Beurnier, nous faisons remarquer que, dans ce cas, c'est pour une plaie du cœur que l'intervention a été décidée. Nous avons trouvé des plaies du poumon, mais en face de l'intensité de l'hémorragie, nous doutons que le malade ait survécu sans intervention. Le drainage n'a pas été fait dans la plaie de thorocotomie, mais au point déclive de la cavité pleurale, par un drain gros et court surveillé tous les jours, et enlevé très tôt dès qu'il parut inutile. Nous signalons l'inocuité d'une exploration du poumon plus ou moins éversé hors du thorax, et surtout du pincement du poumon par des pinces en cœur, qui rendent de réels services. Enfin le peu de temps qui s'est écoulé entre le moment de l'accident et celui de l'intervention, trois quarts d'heure environ, nous semble être un des facteurs importants de la guérison.

M. Quénu. — J'ai observé, il y a quelques jours, un malade dont l'histoire est calquée sur celles du malade de M. Beurnier. Un homme adulte s'était tiré deux balles de revolver, l'une dans la tête, l'autre dans le thorax. Etat général grave, pouls à peine sensible, très fréquent, les battements du cœur s'entendent à peine; l'orifice de la balle siège un peu au-dessous du mamelon gauche. Mon assistant, M. Duval, craint une plaie du cœur et intervient; il constate une plaie du poumon, qu'il suture, et l'intégrité du péricarde, pas de drainage.

M. Duval communiquera l'observation complète. J'insiste sur ce point qu'il n'est intervenu que parce qu'il supposait une plaie du cœur.

M. J. Lucas-Championnière. — Laissant de côté l'espèce et l'indication de l'opération tirée de la supposition d'une plaie du cœur, je tiens à faire à nouveau des réserves sur l'opportunité de l'intervention dans les plaies de poitrine en général, comme je l'ai fait déjà bien des fois.

En principe, dans les cas de plaie pénétrante par balle de revolver, les chances de guérison, même dans les cas de la plus mauvaise apparence, sont beaucoup plus sûres pour les sujets que l'on traite par l'expectation avec l'immobilité absolue que pour ceux chez lesquels on intervient.

J'en ai fait une expérience fort intéressante dans mon passage de cinq années à l'hôpital Beaujon, qui est probablement celui des hôpitaux de Paris dans lequel on observe le plus de plaies de poitrine par balle de revolver, parce qu'on y apporte tous les suicidés des courses.

J'ai observé un grand nombre de cas. J'en ai vu beaucoup aussitôt après leur arrivée qui paraissaient menacés d'une mort prochaine avec tous les signes d'une hémorragie active. J'ai vu guérir très régulièrement ces blessés, même avec les plus mauvaises apparences.

Appelés dans les mêmes circonstances que moi, des chirurgiens plus jeunes et tout naturellement plus interventionnistes ont fait des opérations pour les cas du même ordre.

Je ne connais dans leurs interventions aucun cas de succès. Le sujet qui survécut le plus longtemps fut, si je m'en souviens bien, opéré par M. Delbet et survécut six semaines. Tous les autres moururent rapidement.

Ce que j'ai vu là, je l'ai vu en toutes circonstances. Bien entendu je ne conteste pas la possibilité de survie après une opération brillante. Je ne conteste pas davantage qu'il puisse y avoir de très rares exceptions dans lesquelles il y ait nécessité d'une opération. Mais il me paraît incontestable que dans l'immense majorité des cas dans lesquels la faiblesse et la dépression du sujet paraît motiver une intervention, l'expectation avec un repos absolu, avec l'abstention de toute manœuvre de thérapeutique violente, donne les plus grandes chances de guérison.

Le fait même qu'au cours de l'opération on a trouvé des plaies saignantes ne saurait aller contre ces conclusions. En effet, je ne parle que de plaies pénétrantes et il est bien évident que si on intervient par une opération, le mouvement seul du malade, le tiraillement sur les plaies suffit à rappeler une hémorragie qui s'était arrêtée ou qui se serait arrêtée, et il est non moins incontestable que le traumatisme fait à la plèvre et au poumon en ces circonstances ne saurait être regardé comme inoffensif.

M. Delorme. — Je demanderai à M. Beurnier si son blessé a eu des hémoptysies abondantes, si l'abondance de l'hémorragie et les signes d'anémie traumatique étaient assez accusés pour lui donner les plus grandes craintes au sujet de la guérison de son blessé au cas où il l'eût abandonné à lui-même.

M. Demoulin. — Il me paraît évident, d'après ce que vient de dire notre collègue Beurnier, que son interne M. Cottard n'est intervenu que parce qu'il croyait à une plaie du cœur. L'aurait-il

fait, s'il avait pensé que le poumon seul avait été atteint par le projectile?

Tout en félicitant M. Cottard du très beau succès qu'il a obtenu, je tiens à dire que si demain, je posais le diagnostic ferme de blessure du poumon par balle de revolver, je n'imiterais pas sa conduite. Je reste dans ce cas, fidèle à l'enseignement de mes maîtres, c'est-à-dire, partisan de l'expectation, et je traite mes malades comme M. Lucas-Championnière l'a recommandé, c'est-à-dire par une immobilisation absolue, dans la gouttière de Bonet, et, après les avoir relevés un peu, par des piqûres d'éther et d'huile camphrée, je leur fais une injection de morphine, pour combattre la douleur et la dyspnée.

J'ai eu, en agissant ainsi, de très beaux résultats. Je m'en entretenais un jour, avec notre regretté collègue Chévalier, qui en comptait aussi d'excellents, et il m'avait même manifesté l'intention de me confier ses observations, pour que j'en fisse un rapport à notre Société.

Je ne crois pas que l'état de choc dans lequel se trouvent les sujets, qui viennent d'être l'objet d'une tentative de meurtre, ou d'attenter à leurs jours, soit une indication suffisante pour intervenir; car le choc peut se montrer, même très intense, avec une plaie pulmonaire de peu de gravité, et même dans le cas de plaie thoracique non pénétrante. J'ai souvent entendu mon vénéré maître, le professeur Duplay, insister sur ce point dans ses entretiens au lit du malade.

— Si le déclin très rapide du blessé permet de penser à la blessure d'un gros vaisseau du hile du poumon ou de son voisinage, le malade succombera avant qu'on ait pu faire le nécessaire; s'il s'agit d'un vaisseau même de petit calibre, l'écoulement sanguin pourra être très abondant, et donner lieu progressivement à un hémo-thorax considérable, mais cet hémo-thorax, en comprimant le poumon blessé, n'est-il pas le meilleur agent de l'hémostase pulmonaire?

M. Guinard. — Je voudrais que M. Beurnier spécifiât bien l'état dans lequel était son malade. Il ne faut pas oublier qu'on a opéré parce qu'on a cru à une plaie du cœur. Il s'agit de savoir si on aurait fait cette opération sachant qu'il s'agissait uniquement d'une plaie du poumon.

M. Pierre Delbet. — Je félicite mon ami Beurnier d'avoir suturé les trois orifices pulmonaires. Voici un fait qui montre à quel point il a eu raison de le faire.

Je suis intervenu dans des conditions analogues, croyant qu'il

y avait une plaie du cœur. Il y en avait une, en effet, mais elle occupait l'extrême pointe, elle ne laissait passer qu'un filet de sang et il fut facile de la suturer.

A côté de la plaie du cœur, il y avait une plaie du poumon, qui saignait abondamment. Je la suturai et, très satisfait de mon intervention, je refermai la plèvre. Mon malade est mort, il est mort très rapidement et il est mort d'hémorragie, ainsi que l'autopsie l'a démontré. La balle avait traversé le poumon de part en part et c'est la plaie postérieure qui avait saigné. J'avais donc eu tort de ne pas explorer la face postérieure du poumon.

Je suis grand partisan de l'abstension dans les plaies de poitrine par armes à feu. Nous en voyons à chaque instant dans nos services, et il est certain que les malades guérissent en général très simplement. J'ai déjà eu occasion de le dire ici.

Mais mon optimisme était exagéré et il a été singulièrement tempéré par un cas que j'ai observé récemment.

Demoulin nous dit : « Ou bien les vaisseaux atteints sont si gros qu'on n'a pas le temps d'intervenir ; ou bien ils sont si petits que l'intervention est inutile. » Entre ces deux ordres de vaisseaux, il y en a d'intermédiaires dont la plaie laisse le temps d'intervenir et parfois commande l'intervention.

Voici le cas auquel je viens de faire allusion. Un homme jeune entre à Laënnec avec une plaie du poumon gauche. L'état ne paraît pas grave : il y a eu très peu d'expectoration hématique. On fait l'occlusion de la plaie et on met le malade au repos. Le lendemain matin, il y avait un épanchement cliniquement appréciable. Pas de température ; pas de dyspnée : bon état général. Le second jour, l'interne de la salle m'avertit que l'épanchement a augmenté. L'état général était toujours bon : il y avait très peu de dyspnée, si bien que je rejetai absolument toute espèce d'intervention. Le malade a succombé dans la nuit suivante.

Il y a donc des cas où il faut savoir intervenir. Mais j'avoue qu'ils sont singulièrement difficiles à déterminer. Car, chez ce malade, rien vraiment ne semblait commander l'intervention.

Enfant de quatre ans, opéré à quatre mois par le procédé de Brophy pour une division totale de la voûte et du voile du palais. Résultat opératoire.

M. Kirmisson. — Messieurs, cet enfant est le même que j'ai présenté déjà au Congrès français de chirurgie dans la séance du 6 octobre 1905. Il revient aujourd'hui dans mon service, et il m'a

paru intéressant de vous le montrer avant de pratiquer chez lui l'occlusion de la fente palatine persistante.

Comme je le disais en 1905 au Congrès de chirurgie, cet enfant a été opéré dans mon service par Brophy lui-même, le 5 mai 1903. Il était âgé, à ce moment, de quatre mois, il a donc actuellement quatre ans. L'opération consistant dans le rapprochement des deux maxillaires supérieurs par deux anses de fil d'argent se passa sans incident, et le petit malade guérit simplement, bien qu'il ait présenté, à la suite de l'opération, une assez forte élévation de température. Ultérieurement, je pratiquai chez lui l'opération du bec-de-lièvre.

Vous pouvez voir qu'aujourd'hui, quatre ans environ après l'opération, le résultat peut être considéré comme satisfaisant; l'arcade alvéolaire est régulièrement constituée ; dans toute la partie antérieure, jusqu'au niveau du trou palatin antérieur, la fente est complètement oblitérée. Au niveau de la partie postérieure des maxillaires, la fente est extrêmement minime; elle est un peu plus large au niveau du voile; mais ses deux moitiés sont bien développées, la voûte est très fortement ogivale. Les conditions anatomiques sont des plus favorables pour la réparation complète de la malformation.

Présentation de pièce.

Calculs du cholédoque. Cholécystite chronique.
Cholédocotomie sans suture du cholédoque. Guérison.

M. Bazy. — Pour expliquer la rétraction de la vésicule biliaire dans les cas d'obstruction du cholédoque par calculs, contrairement à ce qui se passe dans l'obstruction par cancer du pancréas, où il existe de la dilatation de la vésicule, j'ai émis l'hypothèse que cette différence tenait à la localisation des accidents inflammatoires et j'ai pensé que cette rétraction tenait à ce que cette inflammation, dans les cas de rétraction de la vésicule, avait d'emblée envahi le corps de la vésicule, qui peut ainsi se rétracter sur et même derrière un calcul du cystique et même du cholédoque.

Voici des calculs du cholédoque : un gros comme une cerise et quatre petits à facettes, situés en arrière de lui.

Le cholédoque n'était pas épaissi, mais en revanche il était dilaté en arrière du calcul, alors que la vésicule était rétractée.

J'ai pu en outre saisir ici le mécanisme du passage du calcul de la vésicule dans le cholédoque.

En effet, après avoir ouvert l'abdomen par l'incision en baïonnette, rompu et écarté des adhérences épiploïques, je vis une vésicule dure, épaissie, du volume du pouce. Puis, plus loin, je sentis dans le cholédoque un calcul que je vous présente : il est du volume d'une noisette. Par une incision longitudinale, je le fis sortir : il s'écoula immédiatement de la bile ; je fis le cathétérisme du cholédoque en amont et en aval ; je ne sentis pas d'autre calcul, et la bougie n° 14, introduite en aval pénétra facilement dans l'intestin.

La vésicule étant enflammée et une induration siégeant au niveau de son col, je pensai devoir enlever cette vésicule.

C'est ce que j'ai fait assez facilement en la décortiquant ; au niveau du col, je trouvai les petits calculs à facettes que je vous présente. Ces calculs étaient dans une petite cavité communiquant largement avec le cholédoque, de sorte que le cholédoque était maintenant perforé en deux points : celui où j'avais fait une incision pour enlever le gros calcul et le point où existaient les calculs ; ces deux perforations étaient à un centimètre et demi de distance l'une de l'autre.

Il s'agit d'une malade âgée de quarante-sept ans, que j'ai vue le 22 février avec le Dr Naïs et opéré le 25.

Elle était jaune depuis le 30 décembre et souffrait depuis ce moment d'une façon telle qu'on était obligé de lui faire des injections de 6 centigrammes de morphine par jour.

Elle avait eu des coliques très pénibles à des intervalles variables depuis neuf ans.

Je n'ai pas fait de suture du cholédoque.

Ce n'est qu'hier que la bile a cessé de couler par la plaie opératoire.

Elle n'est presque plus jaune.

Elle va très bien et a retrouvé complètement l'appétit qu'elle avait absolument perdu depuis des mois.

M. Pierre Delbet. — Le canal cystique était oblitéré. Ce cas vient donc à l'appui de la théorie que j'ai exposée. C'est tout ce que je voulais faire remarquer.

Tuberculose iléo-cæcale sténosante.

M. Pierre Delbet. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter, et qui me paraît intéressante à plus d'un titre, provient d'un danseur cingalais, âgé de vingt-cinq ans. Ce brave garçon ne parle pas un mot de français, de sorte qu'il a été impossible de nous renseigner sur ses antécédents.

Il fut amené dans mon service, à l'hôpital Laënnec, avec une occlusion intestinale aiguë et complète, datant de dix-huit heures. Notre collègue Robineau, chirurgien de garde, l'opéra d'urgence le 19 octobre 1906. Il constata, juste au niveau de la jonction de l'iléon et du cæcum, une petite tumeur qu'il considéra comme un cancer, et se borna, en raison de l'état grave du malade, à faire une iléo-sigmoïdostomie.

Le succès de cette opération, faite par notre collègue, fut des plus brillants. Le malade se remit très vite.

M. Robineau m'avait fait dire, par l'interne qui l'avait assisté, que la tumeur ne présentait aucune adhérence, et qu'elle était parfaitement extirpable.

Le 9 novembre, le malade étant bien remis, je procédai à l'extirpation.

Je fis l'incision sur le bord externe du muscle droit, et, dès que le péritoine fut ouvert, je fus frappé de l'aspect que présentait la dernière partie de l'iléon. Elle était notablement distendue, avec des parois amincies, de couleur rosée, qui semblaient presque transparentes. Il était bien évident que la paroi comprise entre l'anastomose et la tumeur ne pouvait pas se vider.

Il y avait, en somme, une exclusion bilatérale qui, dans la suite, aurait pu avoir des inconvénients. Ceci était au moins singulier, car l'anastomose faite par Robineau fonctionnait très régulièrement ; le malade n'avait aucun trouble digestif, et il est difficile de comprendre pourquoi le bout distal de l'iléon ne se vidait pas aussi bien dans l'anse sigmoïde que le bout central. Je cherchai à voir ce qui se passait, mais l'anastomose était entourée d'adhérences, et je ne pus rien distinguer.

Je revins à la tumeur. Le mot s'applique ici fort mal, car la lésion se traduisait plutôt par une diminution de volume. Ce qui était le plus apparent, c'était un anneau rétracté et dur siégeant juste au niveau de l'insertion de l'iléon sur le gros intestin. Le cæcum, complètement atrophié, existait à peine. L'appendice, court et gros, manifestement kystique, était accolé au cæcum rudimentaire. Dans le mésentère, au niveau de l'angle formé par

l'iléon et le côlon, existaient trois ganglions, dont le plus gros avait le volume d'une noisette.

Je fis la résection iléo-cæcale en enlevant naturellement les ganglions. L'opération ne présenta rien de particulier. J'avais pensé, étant donné l'anastomose faite par Robineau, qu'il suffirait de fermer les deux bouts après la résection, mais la dilatation de l'iléon commandait de le suturer au côlon pour éviter les accidents possibles de l'exclusion bilatérale. Je fis une suture iléo-colique termino-terminale par le petit procédé d'invagination que je vous ai décrit.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le malade est reparti pour Ceylan, le 10 décembre.

Voici la pièce. Elle est un peu dure, car elle a séjourné plus de quatre mois dans le formol. Vous pouvez cependant constater qu'il n'y a pas de tumeur volumineuse comparable aux tuberculoses hypertrophiques qu'on observe souvent dans cette région. Extérieurement, ce qui frappe, je l'ai déjà dit, c'est un anneau rétracté, un rétrécissement siégeant juste à l'insertion de l'iléon sur le cæcum. L'iléon étant fendu longitudinalement, il fut très difficile de voir s'il communiquait encore avec le côlon. En réalité, il n'y avait pas de coalescence des parois, mais un anneau dur, rétréci, ou plutôt un court canal avec de petites végétations dont deux plus saillantes bouchaient complètement l'orifice.

Il semble que les lésions avaient pris naissance au niveau de la valvule de Bauhin. Elles n'empiétaient pas du tout sur l'iléon ; elles se prolongeaient du côté du cæcum jusqu'à l'insertion de l'appendice, dont il était impossible de voir l'orifice. Je dirai tout de suite que là, il ne s'agissait pas de rétrécissement, mais d'atrésie. L'étude microscopique a montré que les parois de l'appendice, au niveau de son implantation, sont complètement fusionnées. La cavité de l'appendice était donc véritablement close. Nettement kystique, elle renfermait un liquide gommeux parfaitement transparent. Pour en finir tout de suite avec l'appendice, je dirai que ses parois sont épaisses, sclérosées, mais que sur les nombreuses coupes qui ont été faites par M. Meaugeais, interne du service, et par M. Gery, externe, nous n'y avons trouvé aucune lésion tuberculeuse.

Au contraire, la lésion principale est manifestement tuberculeuse. On y trouve des nodules typiques avec de belles cellules géantes. En aucun point, il n'y a tendance à la caséification. Les ganglions présentent également des nodules tuberculeux très nets. D'ailleurs, la tumeur n'étant pas ulcérée, il était difficile d'admettre qu'ils pussent être dus à une infection banale.

On tend à diviser la tuberculose iléo-cæcale en deux variétés, la

forme sous-muqueuse et la forme sous-séreuse. Je serais bien embarrassé de dire dans quelle catégorie ce cas doit être rangé. Il y a des formations tuberculeuses sous la muqueuse ; celle-ci paraît même avoir réagi par places. Certaines glandes sont atrophiées, d'autres sont dilatées ; il y a quelques formations adénomateuses inflammatoires, mais, d'autre part, on trouve des nodules tuberculeux sous la séreuse en quantité tout aussi considérable. Toute l'épaisseur de la paroi est infiltrée en égale proportion, de telle sorte qu'il est absolument impossible de dire où la lésion a débuté.

C'est, je crois, le premier cas de tuberculose iléo-cæcale ayant amené une occlusion intestinale complète. La lésion ressemblait étrangement au point de vue macroscopique aux rectites proliférantes et sténosantes qui aboutissent à ces rétrécissements qu'on qualifiait autrefois de syphilitiques, et que, depuis les travaux de Sourdille, on sait être tuberculeux. J'ai montré autrefois, avec Clamouse, que même chez les syphilitiques avérés, ces rétrécissements du rectum peuvent être tuberculeux.

Les pièces que je vous présente montrent que la tuberculose est capable d'engendrer des lésions du même genre au niveau de l'embouchure de l'intestin grêle. Il est vraisemblable qu'elle peut en produire en d'autres points du tube digestif. Et ce fait rend singulièrement probable l'origine tuberculeuse de certains rétrécissements fibreux de l'intestin.

Le Secrétaire annuel,

H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 20 MARS 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Hémostase chez les hémophiles.

M. Broca. — Pour faire suite à mon rapport sur les travaux de M. Weil, je vous dirai qu'hier a été amené dans mon service un garçon hémophile, saignant depuis deux jours, au point d'être blanc comme un linge, après chute d'une dent de lait. Je lui ai fait mettre dans son alvéole un tampon imbibé de sérum antidiphtérique; il a reçu sous la peau 20 centimètres cubes du même sérum, puis dans le rectum un demi-litre d'eau salée à 7 p. 1.000, et, depuis, il n'a plus perdu une goutte de sang.

Je connais cet enfant pour l'avoir vu il y a dix-huit mois, à l'occasion d'un gros hématome scapulaire. C'est un grand hémophile, avec dix heures de retard de coagulation ; mais dans sa famille, il semble être seul atteint.

A propos des pancréatites.

M. J.-L. Faure. — L'intéressante communication de notre collègue Guinard m'engage à vous rappeler brièvement deux cas, à l'un desquels il a fait allusion, et qui présentent l'un et l'autre, au point de vue de leurs symptômes et du résultat du traitement, le plus grand intérêt.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans que j'ai opérée, il y a quelques années, à Laënnec dans le service de M. Reclus. Elle avait été prise brusquement de douleurs, extrêmement violentes dans la région épigastrique. Ses douleurs, son facies, les phénomènes péritonéaux qu elle présentait firent porter par tous ceux qui la virent le diagnostic de perforation de l'estomac.

Une incision sus-ombilicale me conduisit sur l'estomac, qui ne présentait pas de lésions nettes. Mais l'épiploon gastro-hépatique était distendu et enflammé. Je l'effondrai et je tombai immédiatement dans une vaste collection suppurée qui remplissait ou semblait remplir l'arrière-cavité des épiploons. J'étanchai le pus avec des compresses et j'aperçus alors derrière l'estomac, un organe transversal, grisâtre, désorganisé par la suppuration, diffluent, et que je reconnus pour le pancréas. Un drainage fut suivi d'une amélioration immédiate et complète. Mais une fistule persista qui donna pendant longtemps un liquide transparent. M. Gley, auquel fut confié l'analyse de ce liquide, reconnut qu'il s'agissait de suc pancréatique. La malade, que je n'ai pu retrouver, sortit guérie, mais avec sa fistule.

Il s'agit donc bien, dans ce cas, sans erreur possible, d'une pancréatite aiguë.

Le second cas n'est pas moins intéressant.

Je fus appelé à voir, en octobre 1901, M. C..., qui depuis trois mois environ présentait des troubles gastriques graves, des douleurs violentes, vomissait sans cesse et dépérissait à vue d'œil. Il avait perdu près de cinquante kilogrammes.

Lorsque je le vis, il avait le teint terreux, mais non ictérique, et présentait, au niveau de la région ombilicale, une tuméfaction volumineuse, dure, immobile et qui donnait la sensation d'une tumeur profonde. Il y eut une consultation avec notre collègue Barth. Le diagnostic porté fut celui de cancer probable de l'estomac ou du côlon transverse, et une laparotomie fut décidée.

L'opération eut lieu le 21 octobre 1901. J'ouvris le ventre sur la ligne médiane, et j'aperçus immédiatement l'estomac et le côlon

transverse d'apparence saine, mais soulevés par une tumeur profonde. Je me mis en devoir d'aller à la recherche de cette tumeur et j'effondrai le grand épiploon pour passer entre l'estomac et le côlon. Je tombai alors sur des adhérences assez lâches, qui se laissaient écarter, si bien qu'au fur et à mesure que je pénétrais dans la profondeur, la tumeur semblait s'évanouir. En réalité, il n'y avait pas de tumeur, mais des adhérences nombreuses et une infiltration inflammatoire qui constituaient une tuméfaction de la grosseur d'une tête d'enfant.

Bientôt, cheminant dans les adhérences, au-dessus du mésocôlon transverse, j'arrivai dans un foyer rempli d'un magma noirâtre et semi-pâteux qui occupait la place du pancréas, et qui n'était et ne pouvait être autre chose que cette glande profondément désorganisée.

J'établis un large drainage. Tous les phénomènes douloureux cessèrent et le malade se rétablit promptement. La guérison s'est maintenue parfaite depuis cette époque.

Voici donc deux cas des plus nets. L'un de pancréatite suraiguë, l'autre de pancréatite à marche moins rapide, mais encore fort grave.

Il ne me paraît pas douteux, comme le dit Guinard, que si on eût pensé à la possibilité de l'infection du pancréas, le diagnostic eût pu être fait.

Dans le premier cas, évidemment, la soudaineté et la localisation des phénomènes pouvaient tout aussi bien faire admettre une perforation de l'estomac, et le diagnostic de pancréatite aiguë aurait toujours conservé un caractère hypothétique. Mais dans le second cas, je crois que les phénomènes douloureux, et surtout l'amaigrissement formidable du malade, devaient faire pencher pour une affection pancréatique.

Le caractère du magma noirâtre, qui tenait la place du pancréas, me fait penser qu'il y avait eu, à l'origine, une pancréatite hémorragique analogue à celle dont nous a parlé Guinard.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que ces pancréatites ne soient assez communes. On ne voit pas, d'ailleurs, pourquoi il en serait autrement et pourquoi le pancréas, dont les canaux excréteurs, beaucoup plus courts que ceux du foie et plongeant comme ceux-ci dans le contenu septique du duodénum, ne s'infecterait pas aussi facilement que lui. L'ampoule de Vater est commune au cholédoque et au canal pancréatique. On sait combien sont communes les infections du cholédoque, et il n'y a aucune raison pour que les infections du canal de Wirsung ne présentent pas, elles aussi, une grande fréquence.

Quant aux voies d'accès des suppurations pancréatiques, il me semble qu'il ne peut y avoir deux façons de les concevoir.

La force des choses veut que l'on incise au point où se manifestent les principaux signes de suppuration.

La clinique ne saurait s'accommoder de raisonnements *a posteriori*, et, si l'on veut commettre le moins d'erreurs possibles, on incisera toujours au point où la collection purulente viendra se manifester, que ce point soit situé dans la région lombaire, thoracique ou abdominale, quand bien même le diagnostic de pancréatite serait fait d'avance d'une façon certaine, ce qui, jusqu'ici, n'a pas souvent eu lieu, mais ce qui, à l'avenir, arrivera fréquemment, je l'espère, si nous prenons l'habitude de penser, plus souvent que nous ne l'avons fait jusqu'ici, à sa possibilité.

Hernies propéritonéales.

M. Pierre Delbet. — Notre collègue Schwartz ayant manifesté le désir de voir publier les cas de hernie propéritonéale, j'apporte ici la brève histoire du seul cas que j'ai observé.

C'est celle d'un homme de cinquante-huit ans qui était en traitement dans le service de M. le professeur Landouzy pour une crise d'asystolie.

Le 17 décembre 1905, étant à l'hôpital, dans son lit, il fut pris brusquement d'une douleur atroce qu'il localisa dans la partie supérieure de l'abdomen, au creux épigastrique. C'était la douleur cœliaque dont nous parlait Guinard, il y a quelque temps à propos des pancréatites Presque immédiatement, le malade fut pris d'un violent besoin d'aller à la garde-robe et émit une selle diarrhéique, non sanglante.

Le siège très élevé de la douleur joint au fait que le malade avait de graves lésions cardiaques conduisit à porter le diagnostic d'embolie de l'artère mésentérique. Je ne vis pas le malade à ce moment. Comme on pensait qu'il allait brusquement succomber, on jugea inutile de prévenir le chirurgien.

Mais les choses évoluèrent autrement qu'on avait pensé. Notre homme se remit de la terrible crise du début, et ce furent des phénomènes d'occlusion intestinale qui s'installèrent. Ceci n'était pas pour faire abandonner le diagnostic, d'autant plus qu'il se produisit assez vite un épanchement abdominal.

Le malade s'obstinant à résister contre toute attente, malgré son état cardiaque grave, le cinquième jour, le chef de clinique de M. Landouzy me fit demander si je serais disposé à faire une tentative désespérée pour une embolie de l'artère mésentérique.

Cette proposition me parut très séduisante. J'allai voir le malade.

Son état général était celui d'une occlusion intestinale au cinquième jour. L'abdomen était extrêmement distendu avec un épanchement péritonéal appréciable. Il était absolument impossible de faire un diagnostic sur la cause des accidents et je fus d'avis qu'il fallait opérer aussitôt que possible, et c'est ce que je fis.

L'opération fut faite le 22 décembre 1905. L'abdomen ouvert, des anses grêles très distendues se présentèrent. Elles étaient rouges, bien vascularisées; il n'y avait aucune gêne de la circulation et il était de toute évidence que l'artère mésentérique n'était pas en cause. En revanche, il y avait du liquide dans le péritoine et des signes évidents de péritonite.

Explorant l'abdomen, je trouvai au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté gauche, une tumeur dure du volume d'un œuf. Réclinant la paroi, je constatai que l'intestin s'engageait dans cette tumeur. Elle avait un pédicule intestinal situé en dehors de l'artère épigastrique. Il était évident qu'il s'agissait d'une hernie propéritonéale.

Je pus glisser le doigt dans le collet de cette hernie et le dilater très facilement. J'en sortis l'anse étranglée, elle était complètement sphacélée. J'en fis la résection suivie d'une anastomose termino-latérale.

Je ne crus pas devoir tenter la cure radicale. Je me bornai à déchirer la poche, de telle sorte que son fond fût nivelé. De nouveaux accidents d'étranglement étaient ainsi rendus impossibles et il me parut sage de m'en tenir là. Et en effet, le malade, complètement épuisé, a succombé le lendemain matin.

Notre collègue Schwartz, dans sa communication, a brièvement envisagé la question de pathogénie. Elle ne me semble pas très obscure. C'est une question de pression d'un côté et de résistance de l'autre. Sous la poussée de la pression abdominale le péritoine cède et se déprime là où il est le moins solide et le moins soutenu. Aussi les variétés des sacs herniaires sont-elles innombrables. Qu'on imagine la combinaison que l'on voudra, et on peut être assuré qu'elle a été réalisée dans quelques cas. J'ai fait faire, il y a quatorze ou quinze ans, par mon élève et ami le docteur Prieur, une thèse sur les sacs diverticulaires. On y trouvera de curieux exemples tirés de ma pratique.

Cette question doit d'ailleurs être étudiée dans son ensemble. La hernie propéritonéale n'est pas, au point de vue pathogénique, une espèce à part; elle fait partie de ce groupe qu'on appelait jadis les variétés rares de la hernie inguinale et qui comprend en outre la hernie interstitielle et la hernie inguino-superficielle.

Je me rappelle qu'il y a dix-huit ou vingt ans, nous avons, mon

ami Broca et moi, discuté à la Société anatomique bien des questions ayant trait à ces hernies. L'une de celles qui nous préoccupait le plus alors était de savoir si ces poches pariétales étaient toujours accompagnées d'ectopie testiculaire, et si elles pouvaient communiquer avec une poche scrotale. Tillaux soutenait que la hernie interstitielle ne se développait que si l'intestin trouvait barrée la route vers les bourses. Cette conception est erronée. Il est certain que les variétés rares de la hernie inguinale peuvent s'accompagner d'une poche scrotale. J'ai moi-même montré à la Société anatomique un cadavre qui présentait une énorme hernie scrotale avec une hernie inguino-superficielle également énorme, car la poche remontait presque jusqu'à l'ombilic, et les deux sacs communiquaient l'un avec l'autre.

Les conditions qui amènent les productions de ces hernies sont des conditions mécaniques assez simples, mais d'une analyse singulièrement difficile. Le canal vagino-péritonéal, ses rétrécissements, ses dilatations, ses malformations jouent là un rôle prépondérant.

Mais, pour considérable que soit ce rôle, il est impossible de soutenir qu'il est exclusif, car les sacs diverticulaires propéritonéaux se rencontrent non seulement dans les hernies inguinales, mais aussi dans les hernies crurales et dans les hernies ombilicales. Ils y sont rares, mais ils y ont été incontestablement observés. Notre regretté collègue Binaud a consacré un mémoire aux hernies ombilicales propéritonéales. Ce qui est produit dans le plus grand nombre de cas par des malformations congénitales peut donc être parfois déterminé par des dispositions acquises.

M. E. Potherat. — L'intéressante communication de notre collègue M. Schwartz, dans la séance du 27 février, m'a remis en mémoire un fait de hernie propéritonéale étranglée, dans lequel, grâce à des circonstances particulières, j'ai pu faire, par avance, un diagnostic exact et complet. L'intervention a confirmé ce diagnostic et assuré la guérison du malade. Voici ce fait.

Le 15 juin dernier, on amenait dans mon service de l'hôpital Broussais un jeune homme de dix-huit ans, garçon de café, qui, la veille au soir, en soulevant un lourd fardeau, avait ressenti tout à coup une douleur violente, syncopale, dans la région inguinale droite. Une demi-heure plus tard, il était pris de vomissements alimentaires, puis bilieux et la douleur toujours aussi violente s'irradiait à tout l'abdomen.

Un médecin appelé, reconnaît une hernie inguinale, pratique le taxis, et réduit une hernie inguinale ou croit l'avoir réduite.

Quoi qu'il en soit, les accidents douloureux et les vomissements

continuent pendant la nuit; il n'y a plus ni gaz, ni matières fécales et le malade est apporté dès le lendemain matin dans mon service.

Son état général est mauvais, le facies est grippé, le pouls petit, très fréquent, les extrémités légèrement cyanosées et quelque peu froides.

Le ventre est peu ballonné, mais tendu, douloureux à la pression, partout, mais plus spécialement dans la région inguinale droite. A ce niveau, il existe une tuméfaction sur le trajet du cordon, depuis l'abdomen jusqu'aux bourses inclusivement. Cette tuméfaction a une forme particulière. Peu marquée, en haut, vers l'abdomen, elle est très nette, piriforme dans la région scrotale. Il n'y a d'ailleurs aucune modification dans la coloration des téguments.

La palpation directe nous montre qu'en réalité, il y a là deux masses distinctes : une supérieure, répondant à la partie la plus élevée du canal inguinal, du volume d'une petite mandarine, arrondie, lisse, tendue, rénitente, semblant s'enfoncer quand le malade se contracte, non réductible.

Une autre, inférieure, scrotale, du volume d'une orange, lisse, oblongue, tendue aussi, mais nettement fluctuante et transparente.

Entre les deux, la partie supérieure du cordon, l'orifice externe et la partie inférieure du canal inguinal paraissent libres.

Tels étaient les signes objectifs chez ce petit malade. Nous avions pu savoir, d'autre part, que six ans auparavant il avait été opéré de ce côté, par notre collègue Villemin, d'une ectopie testiculaire, et que, quelques mois plus tard, il avait vu apparaître une tuméfaction, d'ailleurs indolente, dans la région opérée, tuméfaction qui ne le préoccupait aucunement, jusqu'à ce jour.

Dans ces conditions, il me parut facile de porter le diagnostic de ce cas complexe de la manière suivante :

Ectopie inguinale; opération de cette ectopie. Confection, aux dépens d'un canal vagino-péritonéal, d'une vaginale au testicule descendu dans les bourses. Hydrocèle de cette vaginale. Persistance de la portion supérieure du conduit vagino-péritonéal congénital; issue brusque des intestins dans ce canal, et étranglement par l'orifice péritonéal; donc hernie propéritonéale étranglée.

Je ne sais, Messieurs, si cette interprétation des phénomènes était exacte; en tout cas les lésions trouvées à l'opération furent exactement celles que j'avais prévues. En bas, une hydrocèle, dans une vaginale bien fermée, et avec un testicule bien situé et de volume presque égal à celui du côté gauche.

En haut (en suivant le canal inguinal), sous la paroi abdominale entre elle et le péritoine, un sac complet contenant une anse d'intestin grêle, étranglée et présentant déjà une couleur ardoisée d'assez mauvais aspect.

Pour atteindre le collet de cette hernie, je fus obligé de remonter l'incision inguinale sur l'abdomen. Ce collet, extrêmement serré, fut incisé prudemment aux ciseaux, en avant; l'intestin fut alors amené au dehors; lavé au sérum chaud, il réagit, et se colora, et me parut pouvoir être réduit sans inconvénient. La réduction opérée, nous vîmes nettement le collet, blanc, résistant, en forme de diaphragme, incisé en haut. C'était bien là l'orifice péritonéal. Je dissèque alors rapidement le sac, qui est nettement développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, mais qui se continue avec un tractus, en partie perméable, jusque dans la bourse correspondante.

Pour fermer l'orifice péritonéal, je n'ai pas eu recours au même artifice que M. Schwartz et cela se conçoit, puisque je n'avais pas pratiqué, comme lui, une laparotomie. Le sac étant disséqué, j'ai tiré dessus assez fortement, amenant ainsi le péritoine au dehors; j'ai ensuite traversé le pédicule ainsi formé d'un double fil de soie passant au-dessus du collet; en l'enserrant, la séreuse se trouva complètement close.

L'opération se termina par une réfection de la paroi antérieure du canal inguinal, la dissection et la résection partielle de la vaginale, et la suture enfin des plans superficiels.

Les suites furent des plus simples et le malade guérit aussi rapidement que s'il se fût agi d'une simple cure radicale de hernie. D'ailleurs, je ne vois pas pourquoi l'intervention dans cette variété de hernie serait plus désastreuse que dans toute autre.

Si de nombreux cas ont eu une issue funeste, c'est que le diagnostic et surtout l'intervention n'avaient peut-être pas été suffisamment précoces. En effet, l'anneau d'étranglement est très étroit, et absolument inextensible; dans ces conditions les lésions de sphacèle de l'intestin, dans le sac et surtout au collet sont forcément précoces, et étant donné le lieu où elles se produisent, elles sont susceptibles d'infecter très vite la cavité péritonéale.

Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire. Pour si ingénieux que soit le procédé employé par M. Schwartz, je ne crois pas qu'il doive être généralisé, et j'estime qu'il est possible de mener à bien cette intervention sans pratiquer, au moins d'emblée, la laparotomie.

Quant à la question de pathogénie, elle réside, je crois, pour le plus grand nombre des cas, sinon pour tous, dans « un vice de

conformation du canal vagino-péritonéal coïncidant presque toujours, chez l'homme, avec une ectopie testiculaire ». C'est bien nettement dans ces conditions que s'est produite la hernie propéritonéale chez mon malade. La persistance du canal vagino-péritonéal était même chez lui bilatérale, ainsi que j'ai pu le constater en l'opérant, il y a six semaines, d'une petite hernie interstitielle du côté gauche.

Je crois que cette explication de la hernie propéritonéale par un vice de conformation congénital convient mieux, même au cas de M. Schwartz que celle qu'il nous a donnée.

Pour mon compte, je croirais plus volontiers que la malade en question avait une persistance du canal de Nuck, et que c'est dans ce canal que l'intestin s'est tout d'abord engagé, puis, éprouvant quelque résistance de la paroi abdominale au niveau de l'orifice inguinal interne, ou la poussée intestinale étant trop abondante ou trop brusque, la hernie s'est développée latéralement entre la paroi abdominale et le péritoine. Cela nous expliquerait qu'à côté du sac principal propéritonéal, il existait un deuxième sac, communiquant d'ailleurs avec le premier, sorte de diverticule de celui-ci, et s'engageant dans le trajet inguinal comme l'eût fait un canal de Nuck.

Je crois donc, en fin de compte, que la hernie propéritonéale, quoique rare, peut être diagnostiquée avant toute opération, à la condition première d'y songer. Elle réclame une intervention dans toutes les circonstances. Celle-ci doit être très rapide quand la hernie est étranglée.

M. J. Lucas-Championnière. — Tous ceux qui ont examiné beaucoup de hernies ont observé des faits plus ou moins superposables à ceux que l'on vient de citer; et je ne vois pas un bien grand intérêt à prolonger la discussion à propos des différents détails que nous avons pu observer.

Mais j'ai été très heureux d'entendre les considérations de M. Delbet, relatives à l'ensemble des variétés extraordinaires de la hernie.

Le propre de cette difformité, c'est un polymorphisme très prononcé. A décrire des variétés très distinctes, on s'expose à découvrir des faits nouveaux qui sont pourtant inséparables de ceux qui sont connus et qu'on aurait tort d'isoler.

M. Delbet nous en a donné un bon exemple à propos de la hernie interstitielle que Tillaux a eu le tort de séparer des autres hernies inguinales et que l'on rencontre parfaitement bien avec une hernie inguinale descendant beaucoup plus bas.

Il en est de même de la hernie propéritonéale que l'on observe

parfaitement associée avec une hernie inguinale descendante et même descendant dans les bourses.

Il y a plus : il est parfaitement juste de dire que la hernie propéritonéale n'est pas le privilège exclusif de la région inguinale. On l'observe parfaitement bien avec la hernie crurale et même avec la hernie ombilicale.

Cette observation ne donne peut-être pas plus de facilité pour interpréter le mode de formation de ces hernies. Mais elle montre qu'on aurait tort de croire qu'il faut le rattacher exclusivement à l'évolution testiculaire. Le mécanisme de cette formation est probablement complexe et répond à des conditions spéciales et à des prédispositions qui appartiennent à la nature des tissus qui subissent les effondrements.

Il ne faudrait pas, du reste, exagérer l'importance de ces divisions au point de vue de la clinique. Il faut se souvenir que, dans un bon nombre de cas, il ne s'est agi que de faits observés à l'autopsie ou après coup au cours d'une opération faite pour étranglement interne ou pour toute autre indication bien déterminée.

M. Routier. — J'ai observé, il y a quelques semaines, un cas de hernie propéritonéale qui, du reste aussi, a été méconnue.

Il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, plus vieille que son âge, cachectique, soignée depuis longtemps déjà pour des accidents intestinaux et hépatiques, qui avait fait déjà des accidents d'occlusion et qu'on soupçonnait d'avoir un néoplasme du cæcum.

J'ai vu cette femme le septième jour des accidents, j'ai eu le tort d'adopter le diagnostic qui aurait dû être fait au moins quant à l'étranglement interne, car les accidents avaient eu un début brusque.

Le huitième jour, je suis intervenu, croyant avoir à faire un anus contre nature; on sentait en effet dans le bas de la fosse iliaque droite une masse que nous prenions tous pour un néoplasme.

La laparotomie faite, la tumeur disparut ; le cæcum était normal; faisant inverser la malade, j'ai vu une anse grêle comme suspendue à un sac de la paroi, sac répondant à la région crurale. Inutile de vous dire que les régions herniaires avaient toutes été explorées avec soin, qu'il n'y avait de hernie appréciable en nulle autre région qu'à l'ombilic, et que cette hernie n'était certainement pas étranglée.

L'anse fut libérée après section du collet du sac, mais un sillon circulaire de gangrène faisait craindre pour la continuité de l'intestin, et déjà un liquide louche était répandu dans le ventre.

Je fis un enfouissement de ce sillon par des points de fil fin, puis, mettant le doigt dans le sac, je me rendis compte que ce sac, parti de la région correspondant à l'anneau crural, descendait vers la région obturatrice sans pénétrer dans le trajet obturateur.

C'était donc un sac propéritonéal, je l'ai réséqué.

Il m'est impossible de donner une hypothèse quelconque sur le mécanisme de cette hernie.

Les accidents ont malheureusement repris après quarante-huit heures de répit et la malade est morte ; il est regrettable que le diagnostic n'ait pas été fait d'emblée, car puisque cette malade a résisté dix jours, il est probable que le débridement de cette hernie fait de bonne heure aurait donné un succès.

M. Broca. — Comme Delbet l'a rappelé, il y a vingt ans que, disséquant des hernies à l'Ecole pratique, j'ai soutenu à maintes reprises que hernie propéritonéale et hernie interstitielle n'étaient pas obligatoirement liées à l'ectopie, malgré l'opinion soutenue, en particulier, par Tillaux ; que rien ne les empêche même de s'associer à une descente de la hernie dans le scrotum. On trouvera toute cette discussion dans l'article Inguinal du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Je n'ai jamais rencontré de sac propéritonéal crural ou ombilical ; mais à la région inguinale j'en ai vu plusieurs, qu'il s'agisse de hernies réductibles, épiploïques adhérentes, ou étranglées, toujours dans des hernies anatomiquement congénitales, toujours avec l'impression il s'agissait d'une dilatation située vérs la vessie et répondant au vestibule rétropariétal tel que l'a décrit Ramonède. Et si l'on regarde seulement l'amorce de cette dilatation, en faisant des cures radicales où on attire la séreuse jusqu'à voir la vessie, on constate qu'elle est fréquente. Il n'y a donc, dans la vraie hernie inguino-propéritonéale, qu'une différence de degré avec cette disposition ; cela n'a pas dès lors grand intérêt anatomique. Mais contrairement à M. Championnière, je crois que cela a un grand intérêt clinique. Ces poches échappent facilement à notre examen, quand l'étranglement a lieu à leur niveau, et de là leur gravité plus grande en cas de kélotomie, parce que le diagnostic étant tardif, l'opération l'est aussi.

Rapports.

Luxation du métatarse en dehors, par M. le Dr Soubbotitch, chirurgien de l'hôpital d'État, à Belgrade.

Rapport par M. WALTHER (1).

M. le Dr Soubbotitch, de Belgrade, nous a envoyé une intéressante observation de luxation complexe du métatarse, qu'il a pu suivre depuis le moment de l'accident jusqu'à une époque assez reculée pour pouvoir juger du rétablissement des fonctions, malgré une déformation irréductible.

Voici l'histoire qu'il nous rapporte :

Le blessé, homme de cinquante ans, neurasthénique, descendait d'une fenêtre de 1m50 de hauteur, le dos tourné en avant, se tenant à la balustrade; il se laissa glisser le long du mur les jambes tendues, et toucha le sol de l'avant-pied gauche; à ce moment, il lâcha la barre d'appui et, d'un élan brusque, se retourna à droite, faisant volte-face. Mais l'avant-pied gauche resta appuyé sur le sol, et le malade ressentit immédiatement dans ce pied une douleur violente, qui rendit tout mouvement impossible.

M. Soubbotitch vit le malade environ une heure et demie après l'accident. L'aspect du pied était caractéristique : l'élargissement considérable, la saillie du 1er cunéiforme sur le bord interne, la saillie du 5e métatarsien sur le bord externe révélaient évidemment une luxation du métatarse en dehors.

Quelques tentatives de réduction, immédiatement pratiquées, ne donnèrent aucun résultat.

Une radiographie fut faite alors, qui montra la luxation des cinq métatarsiens, avec fracture du 2e métatarsien à la base et un renversement complet du 1er cunéiforme.

De nouveau, M. Soubbotitch tenta de réduire, sous l'anesthésie chloroformique. Malgré de nombreuses tentatives, la réduction ne put être obtenue.

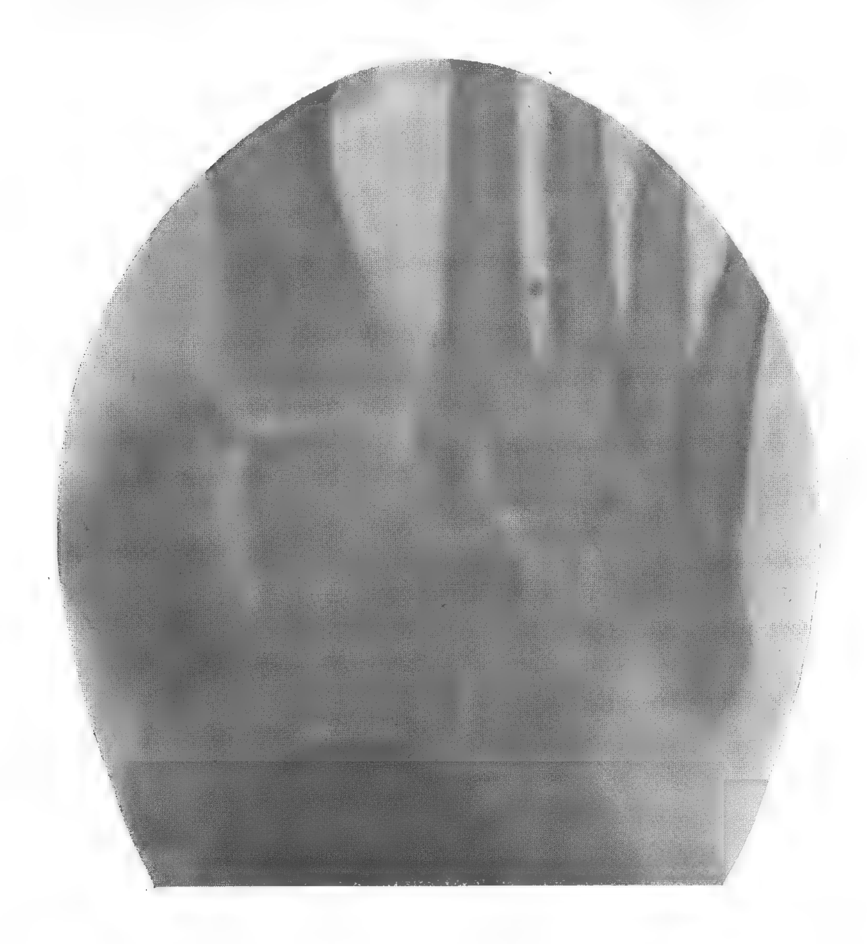
M. Soubbotitch ne se décida pas à une intervention sanglante et résolut de traiter le malade par le repos, puis, rapidement, par le massage et la mobilisation.

Le massage et les mouvements passifs furent commencés en effet après quelques jours de repos.

(1) Ce rapport a été déposé dans la séance précédente.

Au bout de deux semaines, le malade commença à marcher, à s'appuyer un peu sur le pied gauche, ce qui fut d'abord assez douloureux.

Assez rapidement, les mouvements du pied devinrent plus



faciles, l'appui moins douloureux, et le malade put, en somme, marcher dans de bonnes conditions.

« Actuellement, nous dit M. Soubbotitch, quatorze mois après l'accident, le malade marche avec son pied luxé, si bien que je n'oserais pas prétendre qu'il marcherait mieux si on lui avait fait une opération. »

La déformation persiste, bien entendu. Sur le dos du pied, on constate une saillie légère, témoignant d'une subluxation dorsale accompagnant la luxation en dehors.

La voûte plantaire est effacée. Le pied est tout à fait plat, comme vous pouvez le constater sur les empreintes que nous a envoyées M. Soubbotitch.

Une série de radiographies accompagnent l'observation, radiographies, qui montrent nettement les caractères du déplacement : le 1[er] métatarsien est en face du 2[e] cunéiforme ; le 5[e] déborde le cuboïde, qu'il touche de son bord interne ; le 2[e] est fracturé à la base.

Enfin le 1[er] cunéiforme est retourné. Il a subi un mouvement de rotation autour d'un axe longitudinal, et en même temps il est rejeté un peu en dedans.

L'intérêt de cette observation est dans le rétablissement des fonctions du pied, malgré une déformation accentuée et aussi dans l'irréductibilité primitive absolue.

M. Soubbotitch a vu le blessé aussitôt après l'accident ; il a essayé de réduire la luxation et n'a pu le faire. Après avoir conférencé par la radiographie son examen clinique, il a fait de nouveau, sous l'anesthésie chloroformique, des tentatives répétées de réduction. Le déplacement n'a pu être corrigé.

Faut-il chercher la cause de cette irréductibilité primitive, absolue, dans le déplacement du 1[er] cunéiforme ? Il est difficile de l'affirmer. Le fait est à noter ; je crois qu'on n'en peut tirer une conclusion formelle.

Je vous présente des radiographies d'une lésion analogue, mais non identique, que j'ai eu l'occasion d'observer l'an dernier. C'est encore une dislocation du métatarse, mais compliquée de fractures de plusieurs métatarsiens et de fracture du cuboïde.

La malade, une femme d'une quarantaine d'années, avait eu le pied pris entre deux wagons. Je la vis six mois après l'accident.

La déformation était considérable, l'avant-pied déjeté en dehors et en bas, faisant, avec le tarse, un angle à sommet dorsal et interne. Les radiographies que je vous présente montraient une subluxation du 1[er] et du 2[e] métatarsiens ; un glissement des trois derniers métatarsiens sur le plan externe du cuboïde écrasé ; une fracture du 2[e] métatarsien à sa base ; une fracture du 2[e], du 3[e] et du 4[e] métatarsiens à leur extrémité antérieure.

Malgré cette déformation, la malade marchait assez bien, mais pas longtemps, à cause des douleurs réveillées par un appui prolongé du pied.

Sous l'influence de massages, de mouvements, la marche devint plus facile, moins douloureuse.

J'essayai de faire faire une chaussure orthopédique sur moulage ; je n'y réussis pas mieux que M. Soubbotitch, et la malade préfère marcher avec sa chaussure ordinaire.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. Soubbotitch des remerciements pour son intéressante observation que nous conserverons dans nos archives.

Rapports du traumatisme avec l'appendicite envisagés au point de vue pathogénique et médico-légal, par MM. Jeanbrau et Anglada (de Montpellier).

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Un jeune et très distingué professeur agrégé de Montpellier M. Jeanbrau, vient d'adresser à la Société de chirurgie une étude qu'il a faite en collaboration avec M. Anglada sur les rapports du traumatisme avec l'appendicite et vous m'avez prié de vous en présenter le rapport.

J'ai accepté d'autant plus volontiers la mission que vous avez bien voulu me confier, qu'il s'agit là d'un sujet intéressant, sérieusement étudié par ces auteurs et basé sur l'analyse de cinquante-huit observations.

On comprend l'intérêt qu'il y a au point de vue pathogénique à préciser le rôle du traumatisme dans la production de l'appendicite ; on saisit d'autre part l'importance pratique d'une semblable donnée au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

La question a été posée pour la première fois, il y a quelques années. Plusieurs travaux ont été publiés qui ont donné lieu surtout à l'étranger à des controverses intéressantes.

Vous me permettrez de vous les rappeler succinctement en m'appuyant sur le travail même de Jeanbrau. Neumann (1), le premier, dans un mémoire publié en 1900 cite 23 cas d'appendicite post-traumatique, parmi lesquels se trouvent 17 appendicites calculeuses. Partant de cette donnée, aujourd'hui reconnue inexacte, qu'un appendice sain peut contenir un calcul, Neumann conclut qu'un traumatisme direct ou indirect peut produire une appendicite chez un individu sain.

(1) Neumann. Ueber Appendicitis und ihren Zuzammenhang mit Trauma. *Archives de Langenbeck*, t. LXII, 1900.

En 1902, Erdheim (1), dans un article sur « la coïncidence de l'appendicite avec le traumatisme », battit en brèche les conclusions de Neumann. Adoptant les idées de Sonnenburg, Erdheim soutient que « les prétendues appendicites traumatiques ne sont que des crises aiguës au cours d'appendicites latentes ».

En 1902, Jüngst (2) et Münsch (3) publient chacun une observation. Rinne (4), puis Henning (5) reviennent sur le même sujet deux ans plus tard et combattent les conclusions de Neumann. En 1905, Southam (6) insiste sur le rôle de l'effort et du calcul dans la rupture des adhérences chez un appendiculaire.

En France, les thèses et les traités classiques contiennent quelques cas d'appendicites considérées comme d'origine traumatique, en particulier les thèses d'Anghel, de Chapon, de Dubarry, de Mlle Gordon, les articles de Jalaguier, de Guinard, de Brun, l'excellente monographie de M. Legueu. Quant aux ouvrages français sur les accidents du travail, ils se bornent à mentionner les conclusions de Sonnenburg et d'Erdheim.

MM. Ollin et Le Meignien, dans leur travail, concluent qu'en réalité il n'y a pas d'appendicites traumatiques, mais qu'il y a des appendicites aggravées par le traumatisme.

Voilà pour la partie historique de la question.

Comme on le voit, aucun travail d'ensemble n'a été publié dans notre pays, aussi devons-nous savoir gré à MM. Jeanbrau et Anglada d'avoir, pour la première fois peut-être, étudié longuement le problème si intéressant de l'appendicite traumatique.

Vous me permettrez donc de vous présenter une analyse rapide de leur travail. Celui-ci est divisé en deux parties. La première, que j'envisagerai seule ici, concerne le problème pathogénique. Dans la deuxième, en effet, l'auteur envisage ses applications à la loi sur les accidents du travail et entre dans des détails d'ordre juridique qui ne sauraient utilement trouver place dans notre Société.

Au point de vue pathogénique, les auteurs veulent préciser :

(1) Erdheim. Ueber Appendicitis und ihren Zuzammenhang mit Trauma. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 32.

(2) Jüngst. Trauma mit Appendicitis chronica. *Beitrage für klin. Chirurgie*, t. XXXIV, 1902.

(3) Münch. Ein Fall von Appendicitis Perforation in einen Schenkelbruch. *Correspondenzblatt für Schweize Ærzte*, 1902, n° 8.

(4) Rinne. Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, n° 44.

(5) Henning. Péritonite par perforation appendiculaire post-traumatique. *Deutsche med. Wochenschrift*, 22 décembre 1904, pages 1918-1920.

(6) Southam. Appendicitis traumatic, *The Lancet*, 25 novembre 1905, page 1530.

1° Si l'appendicite vraie peut être créée par une contusion ou un effort ; 2° Si elle est seulement révélée par l'accident qui détermine simplement une crise aiguë toujours imminente en cas d'appendicite latente.

Après avoir rapporté quelques cas trop sommairement résumés dans les auteurs pour les utiliser dans leur étude, MM. Jeanbrau et Anglada groupent en quatre classes toutes les observations qu'ils ont pu trouver dans la littérature française, allemande et anglaise. Ces observations, au nombre de 58, sont divisées en deux classes suivant qu'il s'agissait d'une appendicite calculeuse ou non calculeuse. Chacune de ces deux classes est subdivisée en deux catégories, suivant que l'accident a consisté dans un choc sur l'abdomen ou dans un effort, une commotion, un ébranlement, c'est-à-dire un accident sans contusion abdominale.

Une particularité frappe tout d'abord à la lecture des observations contenues dans les tableaux dressés par les auteurs, c'est que presque toutes manquent de détails sur les antécédents personnels du blessé. Il est donc impossible, comme le font remarquer d'ailleurs MM. Jeanbrau et Anglada, de faire le départ entre les cas où l'accident a déterminé une crise aiguë chez un appendiculaire ayant des crises antérieurement et ceux ou l'appendicite a été provoquée par un traumatisme chez un sujet non appendiculaire.

Ces faits cliniques ainsi exposés, MM. Jeanbrau et Anglada, avec les réserves que nous avons formulées, ont cherché à les *interpréter au point de vue pathogénique*, à la lumière des données actuellement admises sur l'étiologie de l'appendicite et des recherches expérimentales faites par Beaussenat, dans sa thèse de 1896, et auxquelles on peut reprocher d'être restées jusqu'ici exclusivement théoriques.

Après avoir rappelé quelques-unes des expériences de cet auteur, MM. Jeanbrau et Anglada étudient plus particulièrement les trois cas de Guinard, Legueu et Moty. Ce sont les seuls, à leur avis, qui puissent être rangés dans la catégorie des appendicites traumatiques chez des individus sains (1). Encore cette interprétation est-elle difficile à étayer sur des données rigoureusement précises. Dans les trois cas, en effet, nous ne sommes pas suffisamment documentés sur les antécédents du malade et les lésions trouvées à l'intervention ne paraissaient guère différentes de celles

(1) Les deux cas de Brun rapportés dans le Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan appartiennent aux contusions de l'abdomen avec rupture de l'appendice et ne sauraient en conséquence rentrer dans le cadre qui nous occupe.

que l'on trouve chez un malade atteint depuis longtemps d'appendicite, et opéré au cours d'une crise aiguë. Le cas de Guinard paraît tout d'abord très acceptable ; il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui reçoit un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite. Il a successivement trois crises d'appendicite.

Deux ans après, on intervient : l'appendice est turgescent, rigide, sa muqueuse est boursoufflée et ecchymotique, mais les détails de l'observation ne nous permettent pas de savoir si le malade était un appendiculaire latent au moment du traumatisme. Notre collègue pourrait-il me renseigner à cet égard ? Qu'il me permette encore de lui faire observer que le temps qui s'est écoulé entre le traumatisme et l'accident me paraît bien long pour attribuer au traumatisme les lésions observées au cours de l'intervention et comme la preuve anatomique n'a pu être faite au moment du traumatisme, n'est-il pas plus légitime d'attribuer ces lésions aux crises d'appendicite qui l'ont suivi.

L'observation de Legueu est peut-être plus probante, puisque le coup de pied de cheval a été suivi le lendemain de péritonite et que l'intervention a démontré la perforation de l'appendice.

Malheureusement, les renseignements nous manquent encore sur les antécédents du blessé et le cas de notre collègue n'est réellement intéressant que parce qu'il nous montre une perforation qui doit être légitimement considérée comme consécutive à l'accident. Le cas de Moty peut également être considéré comme une appendicite post-traumatique. Mais dans aucun des cas, je le répète, on ne peut, en l'absence de détails cliniques ou anatomiques, y voir des exemples d'appendicites créées par le traumatisme, et c'est la conclusion à laquelle arrivent nos collègues.

Mais pour eux, tout autre est l'interprétation qu'on peut faire du rôle du traumatisme sur un appendice contenant un corps étranger ou un calcul.

Peut-on admettre, avec les auteurs, qu'un choc portant sur la fosse illiaque droite ou même un effort violent puisse provoquer une crise d'appendicite aiguë chez un individu dont l'appendice contient un calcul, c'est-à-dire chez un appendiculaire latent?

Il est au moins vraisemblable de penser que le traumatisme peut être susceptible dans ces conditions de déterminer soit l'éclatement de l'appendice aminci en un point de la paroi, soit l'ulcération de la muqueuse malade sur le calcul, d'où la pénétration des microbes au niveau de cette porte d'entrée et perforation ou gangrène, soit même simplement la rupture d'adhérences.

Pour Jeanbrau et Anglada, le dernier mécanisme qu'ils étudient dans trois chapitres successifs de leur mémoire leur paraît être celui par lequel agit l'effort violent pour amortir une crise aiguë

chez un appendiculaire, et ces auteurs résument leur étude de la façon suivante :

L'accident ne crée pas l'appendicite.

La crise survenue après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Celui-ci amorce une poussée aiguë chez un appendiculaire avéré ou latent, il réveille ou aggrave l'appendicite, il ne la produit pas.

Messieurs, je vous propose de remercier MM. Jeanbrau et Anglada de l'envoi de leur très intéressant mémoire et de déposer celui-ci dans nos archives.

Communication.

M. Duval lit une observation d'un cas de *plaie du poumon, traitée par la suture.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Delorme est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Pansinusite.

M. Robert Picqué présente un malade ayant subi l'opération de Toubert pour pansinusite.

Le travail de M. R. Picqué est renvoyé à une Commission dont M. Sébileau est nommé rapporteur.

Orchidopexie.

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune garçon de quinze ans et demi que j'ai opéré le 4 mars pour une ectopie testiculaire inguinale droite.

Le testicule était fixé au-dessus de l'anneau inguinal superficiel, au devant de l'aponévrose du grand oblique.

Ici l'abaissement fut assez facile après libération large du cordon.

J'ai fait une cure radicale avec reconstitution de la paroi postérieure, suivant le procédé de Bassini, et l'orchidopexie a été pratiquée suivant le procédé que je vous ai souvent exposé.

Je vous présente ce malade quinze jours seulement après l'opération pour que vous puissiez bien juger de la position prise par le testicule opéré au-dessous du testicule sain et aussi de la liberté, de la mobilité, de la souplesse du cordon, conditions qui me paraissent assurer le résultat définitif de l'opération.

Tétanos céphalique avec paralysie faciale. Guérison.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter ici un de mes malades de la ville qui vient de guérir du tétanos dans les conditions suivantes.

Le dimanche 13 janvier, en jouant au football sur la pelouse de Bagatelle, M. Georges N..., reçoit un coup de pied sur la la pommette gauche. Il se relève avec une légère éraflure de la peau à ce niveau et ne se préoccupe en rien de cet incident, qui ne l'empêche pas de finir sa partie. Le 19 janvier, soit moins de six jours après, il s'aperçoit en prenant son thé du matin, qu'il a la mâchoire un peu serrée : il va ce jour-là dans l'après-midi consulter le Dr Bresson, mon voisin, qui me l'envoie aussitôt. Je trouve un trismus permanent, sans exacerbations. Et comme je ne vois rien du côté des dents, de la bouche, ou des amygdales qui puisse l'expliquer, je pense au tétanos. Je note en passant que le matin on fait promener des chevaux sur la pelouse où se font le soir les parties de football. La plaie contuse de la pommette gauche est complètement cicatrisée : on ne voit plus qu'une ecchymose de la région avec un peu d'œdème de la paupière inférieure. Dès ce même soir, le Dr Bresson fait, sur mon conseil, une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, et le malade rentre chez lui au Parc-Saint-Maur où le Dr Dircksen continue le traitement. Les jours suivants, l'état s'aggrave et les injections sont répétées quotidiennement. Le 24 je suis appelé en consultation au Parc-Saint-Maur. Le trismus est intense, et plusieurs fois par jour surviennent des crises douloureuses de contractures des muscles de la face. Ces crises, limitées au visage, sont provoquées par le bruit, la lumière, etc... Mon arrivée auprès du malade en provoque une intense. Je suis frappé

d'abord de voir une paralysie faciale complète du côté gauche (côté où siégeait la petite plaie). L'œil gauche ne peut se fermer, et toute ride a disparu de ce côté. Les contractions musculaires pendant la crise font ressortir encore davantage cette paralysie, en rétractant violemment à droite le nez et la bouche.

Je fais une ponction lombaire et je laisse couler 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien dans un verre. Ce liquide est normal à la vue, mais coule très lentement, plutôt en hypotension. J'injecte alors dans la cavité sous-arachnoïdienne 5 centimètres cubes de sérum antitétanique. Je prescris en outre le calme, le silence, l'obscurité et 10 grammes de chloral en vingt-quatre heures. Pendant quarante-huit heures, les accidents s'accentuent sans quitter pourtant la face. La céphalée et les nausées sont sans doute dues à l'injection intra-rachidienne. La température monte à 38°5, et les crises de contractures sont plus fréquentes et plus douloureuses. Puis, à partir du troisième jour, tous les symptômes vont en s'amendant. Le Dr Dircksen continue à faire des injections de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique chaque jour. Il fait ainsi 21 injections. Peu à peu, les contractures deviennent rares et indolores, et à partir du 3 février, le malade peut commencer à s'alimenter. La paralysie faciale a persisté — totale — pendant tout le mois de février; mais vous pouvez voir maintenant qu'il n'en reste plus aucune trace, et que la guérison est absolument complète.

Je n'ajouterai qu'un bref commentaire. C'est un cas typique de tétanos céphalique avec paralysie faciale. Ces 21 injections de sérum ne sont peut-être pas la cause de la guérison, non plus que l'injection intra-rachidienne : mais, dans tous les cas, elles ont été très bien supportées.

L'incubation a été à peine de *six jours*. S'il est vrai, comme on l'admet maintenant, que la toxine gagne les centres nerveux par les nerfs, la période d'incubation doit être d'autant plus courte que la plaie intéresse un nerf plus rapproché des centres nerveux. Dans ce cas particulier, il s'agissait de la région malaire. Le trijumeau est bien l'un des nerfs sensitifs les plus courts du système nerveux : c'est sans doute ce qui explique pourquoi l'incubation n'a duré que cinq jours.

J'ajouterai que les crises de contracture étaient d'une violence extraordinaire. A chaque crise, le malade se mordait la joue gauche (paralysée) et la langue : il a souffert plusieurs semaines des plaies produites par ces morsures. En outre, vous pouvez voir qu'il s'est cassé deux dents *saines* pendant ces crises, la canine et la dernière molaire supérieures du côté gauche (côté paralysé).

M. Bazy. — Le fait cité par M. Guinard montre qu'il est utile, nécessaire de suivre la pratique que j'ai préconisée ici en 1896 et qui, je dois le dire, n'eut pas à cette époque beaucoup de succès, c'est qu'il faut faire une injection préventive de sérum antitétanique à tout malade atteint de ce que j'ai appelé une plaie de rue, *quelque petite* qu'elle soit.

C'est la pratique que l'on suit dans mon service et je ne vois plus de tétanos.

Pour ce qui est de l'action curative du sérum antitétanique, je n'en dirai rien. Toutefois, je rappellerai que j'ai cité ici un cas de tétanos consécutif à une plaie du dos de la main, et que j'ai traité tout d'abord par le chloral à haute dose.

Le médecin fort intelligent qui soignait avec moi le malade crut devoir lui faire des injections du sérum antitétanique. Les accès parurent redoubler; on les cessa et nous continuâmes le chloral; le malade a guéri.

Dans un rapport que j'ai fait sur des observations envoyées à la Société de chirurgie par notre collègue Mauclaire, j'ai cité d'après Mauclaire des observations où le sérum antitétanique injecté dans l'espace sous-arachnoïdien paraissait avoir eu une réelle action.

C'est peut-être cette injection seule qui aurait agi sur le malade de M. Guinard, mais je n'insiste pas.

J'insiste surtout sur ce fait que les malades atteints de plaies de rues doivent être traitées par le sérum antitétanique, quelque *minimes* que soient ces plaies.

Traitement par l'eau salée de tuberculoses externes, avec guérison.

M. Paul Reynier. — Je vous ai à plusieurs reprises parlé des résultats heureux que j'obtenais dans les tuberculoses externes par l'application de ouate hydrophile imbibée d'une solution d'eau salée, obtenue avec 40 grammes de sels d'eaux chlorurées sodiques (Salies-Salins, Kreutznast), pour un litre d'eau qui a bouilli.

Aujourd'hui je viens vous présenter deux malades à l'appui de ce que j'ai avancé.

Le premier est un homme qui est venu il y a un an me trouver ayant une épaule suppurante depuis plus de quatre mois avec deux fistules par où s'échappait un grand verre de pus par jour. Il était très amaigri, avec le teint pâle plombé des longues suppurations. Le tout dépendant d'une ostéite tuberculeuse de la tête humérale.

Je tentai une résection avec doute sur le résultat. Je tombai en effet sur un os très malade, que je réséquai largement comme vous pouvez le voir, au niveau du col chirurgical; et cependant je n'étais pas sûr d'avoir dépassé le foyer tuberculeux, car à ce niveau je trouvais un os friable, à moelle osseuse lie de vin, fort suspecte. Je grattai les fongosités, qui remplissaient des poches purulentes, circum-osseuses, et s'étendaient du côté de l'omoplate, et je terminai en drainant largement. Tous les trajets furent remplis de gaze iodoformée, imbibée d'eau salée, et le tout fut recouvert de compresses d'eau salée.

A la suite de cette intervention, le malade suppura pendant dix-neuf mois; il se produisit de nouveaux foyers, que j'ouvris successivement; et à un moment l'état était si peu brillant que son médecin me poussait à l'amputer. Toutefois, je continuai toujours à irriguer ces plaies d'eau salée, à recouvrir le membre de ouate imbibée de cette eau; et sous l'influence ce ces applications je voyais peu à peu la suppuration se tarir, les trajets se fermer, et les fistules, qui menaient sur un os dénudé, se guérir.

Je vous le présente aujourd'hui tout à fait guéri, et ayant retrouvé, comme vous pouvez le voir, toutes les apparences de la santé.

Quant à l'autre malade, c'est également un tuberculeux; il tousse encore; mais quand il y a un an un de mes amis me l'a amené à l'hôpital Lariboisière, me suppliant de le prendre chez moi, il présentait des tuberculoses externes multiples, qui toutes suppuraient et avaient donné naissance à six fistules, qui journellement donnaient issue à une quantité notable de pus. Par pitié, et pour être agréable à mon ami, je le recevais et le mettais dans ma salle de chroniques. Je le mis au vin iodé et à la viande crue, et sur toutes ces fistules, dont deux siégeaient au niveau du sternum, une au niveau de l'omoplate, une au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, deux au niveau du coude, où un chirurgien lui avait fait un an auparavant une résection qui suppurait encore, sur toutes ces fistules je lui mis des compresses d'eau salée, pendant neuf mois. Sous l'influence de ces compresses, peu à peu les fistules se fermaient et s'amélioraient; et aujourd'hui je vous le présente complètement cicatrisé, toutes ses tuberculoses externes guéries, et en voie d'amélioration pour sa tuberculose pulmonaire.

Je pourrais multiplier les exemples et vous montrer des quantités de tuberculoses externes qui ont disparu ainsi, sous l'influence de ces applications d'eau salée. Dans mon service, j'en présente à tous ceux qui veulent s'en assurer; et tous mes élèves pourront en témoigner. Mais si je vous présente ces deux malades, c'est que là nous avions des lésions vraiment graves, et dont la

guérison me paraît une preuve bien manifeste de la valeur thérapeutique de l'application continue de ces solutions salées dans le traitement des tuberculoses externes, suppurantes, ou non suppurantes, applications que je ne saurais trop recommander à mes collègues.

Présentation de pièce.

Extirpation totale des voies génitales.

M. Duval présente les pièces provenant d'une extirpation totale des voies génitales chez la femme, par voie périnéo-abdominale.

Le Secrétaire annuel,

A. Ricard.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 27 MARS 1907

Présidence de M. CH. NÉLATON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

Lecture.

Pleurésie purulente du sommet ouverte dans les bronches. Ouverture et drainage de la cavité. Hémorragie secondaire par ulcération de l'aorte,

par M. J. VANVERTS (de Lille),

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

J'ai, dans un mémoire antérieur sur les *Pleurésies purulentes enkystées* (*Archives provinciales de chirurgie*, 1904), qui fut couronné par la Société de chirurgie, consacré un article spécial à l'étude des pleurésies du sommet, qui constituent une lésion rare.

L'observation que je relate aujourd'hui concerne un cas de ce genre qui présenta, comme complication intéressante, une hémorragie d'origine aortique (ou carotidienne) survenue deux jours après l'ouverture et le drainage de la cavité purulente.

M. G..., cinquante-six ans.

Père mort d'un cancer à cinquante et un ans; mère morte en couches; une sœur morte subitement; un frère bien portant.

Pas de graves maladies antérieures. Asthme depuis l'âge de trente ans. Pas d'habitudes alcooliques. Depuis une quinzaine d'années, troubles gastriques. En février 1906, la toux apparaît.

En mars 1906, M. G... eut pendant la nuit deux accès violents de

toux. Il ne se souvient pas d'avoir, à la suite de ces accès, craché abondamment; mais il a constaté d'une manière très nette que l'expectoration, qui était antérieurement difficile, se fit très facilement depuis ce moment.

Le 24 mai 1906, G... vient consulter le Dr Carrière pour sa toux. Cette toux est surtout fréquente la nuit; elle est rare dans la journée. Elle est quinteuse et suivie d'une expectoration abondante, purulente, ne se disposant pas en couches superposées, inodore. Cette expectoration est exclusivement nocturne et matinale; elle disparaît dès que le malade se lève. L'oppression est légère. Il n'y a pas de point de côté.

L'appétit est faible. G... ne souffre pas de l'estomac; mais après chaque repas il éprouve une sensation de pesanteur épigastrique et du ballonnement qui durent deux ou trois heures, sans nausées, ni vomissements, ni renvois. Constipation.

La nuit, apparaissent des sueurs profuses.

A cette date du 24 mai 1906, on constate que le poumon et la plèvre droits sont sains. A gauche, en arrière, existe une légère rétraction de la région sous-claviculaire qui reste immobile pendant les mouvements respiratoires. Toute la zone sous-claviculaire est submate. Les vibrations se transmettent normalement à son niveau. On constate dans cette région la diminution du murmure vésiculaire, l'existence d'un souffle très léger et très doux, l'absence de branchophasie et de pectoriloquie aphone. A gauche et en arrière, au sommet : submatité, vibrations normales, inspiration soufflante, expiration prolongée. Ces signes ne se perçoivent qu'au-dessus de l'épine de l'omoplate.

Urines normales, sauf peptonurie. Foie normal. Rate normale. Cœur sain.

M. G... est maigre; mais il a toujours été ainsi et n'a que peu maigri dans ces temps derniers.

En présence de ces signes, M. Carrière pense d'abord à l'existence d'une tuberculose du sommet du poumon, malgré l'absence, constatée à plusieurs reprises, de bacilles de Koch dans les crachats.

Traitement : Suralimentation modérée, révulsion au sommet gauche, lavements créosotés, potion à l'acide chlorhydrique et au sulfate de strychnine pour combattre l'asthénie gastrique.

Le 20 juin, c'est-à-dire un mois après le premier examen, l'état général est le même; un peu d'amaigrissement cependant. Appétit meilleur; digestions normales; constipation diminuée.

Les sueurs profuses ont disparu. Il existe un peu d'œdème des pieds. Le foie est un peu gros.

La toux présente toujours les mêmes caractères : elle est nocturne et ne se produit que si le malade se couche horizontalement. L'expectoration nocturne est toujours abondante. L'examen de l'expectoration d'une nuit donne les résultats suivants : quantité : 500 grammes; composition : pus, pas de fibres élastiques, pas de bacilles de Koch, innombrables microbes (tétragènes, diplocoques, streptocoques). — Les signes sthétoscopiques n'ont guère changé; cependant les vibrations vocales sont normales en arrière et diminuées en avant; dans la ré-

gion de l'articulation sterno-claviculaire, souffle léger et pectoriloquie aphone, sans bronchophonie. Peptonurie. Examen du sang : G. R., 3.800.000; G. B., 28.000 (polynucléaires, 78 p. 100; mononucléaires, 9 p. 100; lymphocytes, 12 p. 100: éosinophiles, 6 p. 100).

Il était évident qu'une expectoration purulente aussi abondante, ne se produisant que dans le décubitus horizontal, devait provenir d'une cavité pulmonaire ou pleurale. Quelle était la nature et quel était le siège de cette caverne ? L'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire, la localisation bien nette de la lésion, le début subit des accidents, l'absence de fibres élastiques et de bacilles de Koch dans les crachats, la conservation d'un état général satisfaisant permettaient d'éliminer l'hypothèse de caverne tuberculeuse. L'existence d'une dilatation bronchique était à rejeter en raison du début brusque des accidents, sans affection pulmonaire antérieure du siège de la lésion, qui n'était pas celui de la bronchiectasie, de la non superposition des couches dans le liquide expectoré, de la non fétidité des crachats. L'évolution lente, la conservation d'un assez bon état général, l'absence de crachats noirâtres et fétides, l'absence de fibres élastiques dans le liquide d'expectoration devaient faire écarter l'hypothèse de gangrène pulmonaire. La syphilis pulmonaire, qui occupe d'ordinaire la partie moyenne et postérieure du poumon, était à rejeter, d'autant qu'il n'existait aucun antécédent syphilitique.

L'absence de fibres élastiques et de débris sphacélés dans le liquide expectoré, la diminution des vibrations thoraciques plaidaient contre l'hypothèse d'une caverne pulmonaire et en faveur d'un pyo-pneumothorax du sommet ouvert dans les bronches.

Traitement : Suralimentation. Inhalations d'eucalyptus. Ingestion de cacodylate de soude et de thiocol.

En septembre, l'état général est moins bon, l'amaigrissement s'est accentué. Légère albuminurie. Légère augmentation de la rate. Œdème des jambes.

La toux présente toujours les mêmes caractères.

En arrière, les signes sthétoscopiques n'ont pas changé. En avant, la matité est plus étendue (deux premiers espaces intercostaux), le souffle est plus fort, à timbre légèrement caverneux, accompagné de gargouillement, du bruit de fistule; la voix est caverneuse; il existe du bruit d'airain, de la pectoriloquie aphone.

Les crachats ne renferment ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch.

La radioscopie montre l'existence d'une opacité au niveau de la région sous-claviculaire (1).

Après consultation entre les Drs Carrière et Vanverts, l'intervention est reconnue nécessaire, en raison de l'aggravation de l'état général, de l'existence de signes qui font craindre la dégénérescence amyloïde du foie et des reins, de la localisation parfaite de la lésion et de la nature non tuberculeuse de celle-ci.

(1) Cette première partie de l'observation est due à M. le professeur agrégé Carrière.

Opération (25 septembre 1906). — Incision le long de la deuxième côte, commençant un peu en dehors du bord gauche du sternum et mesurant 10 centimètres environ. Résection sous-périostée de 5 centimètres de cette seconde côte. A la partie interne de la plaie, dans la profondeur, on aperçoit du tissu cellulaire lâche, sous lequel on ne sent aucune induration. Dans les deux tiers externes de la plaie, au contraire, les tissus profonds sont indurés et gris bleuâtre. J'incise superficiellement ces tissus au bistouri, puis je les effondre avec le doigt et je pénètre à quelques millimètres de profondeur dans une cavité à parois irrégulières qui communique en arrière par un orifice étroit avec une autre cavité plus volumineuse, à parois lisses, limitée en arrière et à gauche par le gril costal. Ces deux cavités sont vides (le malade les a vidées le matin au réveil). On n'entend aucun sifflement d'air ni à l'inspiration, ni à l'expiration. J'excise encore 2 centimètres de la seconde côte en dehors. Un drain n° 45 est placé dans la poche postérieure à travers l'orifice qui la fait communiquer avec l'antérieure et que j'ai agrandi. La plaie est légèrement rétrécie par quelques sutures.

L'opération, très simple et rapidement menée, a été très bien supportée.

Dans la soirée, frissons et élévation de la température à 40 degrés.

26 *septembre* (lendemain de l'opération). — Matin. État satisfaisant. Pouls bien frappé. Température : 37°5. Le suintement par le drain a été peu abondant. — Soir : 38°5. Expectoration assez abondante pendant la nuit.

27 *septembre*. — Matin : 38°5. Le suintement par le drain a été un peu plus abondant. A peine ai-je enlevé le pansement, qu'un écoulement extrêmement abondant de sang rouge, sans caillots, se produit par le drain. A chaque expiration, un véritable flot de sang est expulsé. L'air entre dans la cavité et en sort à chaque mouvement respiratoire. Une quinte de toux amène quelques crachats sanglants. Le malade pâlit. J'enlève le drain et fais un tamponnement de la cavité avec de la gaze. La gaze s'imbibe rapidement de sang et l'écoulement se reproduit très abondant. J'enlève la gaze et fais un second tamponnement plus serré; puis j'exerce avec un bandage de corps une forte compression.

L'opéré est mis au calme absolu. Il absorbera des boissons froides et 4 grammes de chlorure de calcium dans la journée. 1.500 grammes de sérum artificiel sont injectés en trois fois dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le soir, le pouls, qui était monté à 140 après l'hémorragie, est revenu à 120; mais il est petit. Je constate que le pouls radial gauche est semblable au pouls radial droit (constatation que j'avais déjà faite aussitôt après le tamponnement).

28 *septembre*. — État de faiblesse accusé. Pouls meilleur. Matin, 38°5. Soir, 39°8. Le chlorure de calcium est continué. 500 grammes de sérum.

29 *septembre*. — Matin, 39°7. Après hésitation, je me décide à enlever

le tamponnement pour assurer l'évacuation des liquides septiques; l'hémostase doit être faite, puisque le tamponnement date de quarante-huit heures. A peine ai-je commencé à attirer quelques mèches de gaze que l'écoulement de sang rouge se reproduit, plus abondant que précédemment, et se fait en même temps par la bouche. C'est une véritable inondation contre laquelle tous mes efforts restent vains. En deux ou trois minutes l'opéré perd connaissance. Son pouls très faible se ralentit. L'hémostase se fait alors spontanément et le sang, qui s'écoule peu abondamment, devient noir. La mort survient au bout de dix minutes environ. Malgré le tamponnement serré de la cavité, les deux pouls radiaux étaient restés semblables.

Je ne veux insister à propos de cette observation de pleurésie purulente du sommet, probablement consécutive à un abcès du poumon ouvert dans la plèvre, que sur l'hémorragie secondaire extrêmement abondante qui survint deux jours après l'ouverture et le drainage de la caverne pleurale.

Le siège élevé de la poche purulente et la coloration rutilante du sang ne permettent pas d'accuser l'une des branches principales de l'artère pulmonaire. L'abondance de l'écoulement doit faire rejeter l'hypothèse de l'ulcération d'une des artères du poumon. La continuation du pouls radial doit faire éliminer la lésion de l'artère sous-clavière; si, en effet, celle-ci s'était trouvée intéressée, l'hémostase n'aurait pu être obtenue après la première hémorragie que par l'aplatissement du vaisseau (à supposer que cet aplatissement de bas en haut soit possible) et le pouls radial aurait été supprimé ou au moins affaibli.

Reste donc l'hypothèse de l'ulcération de la carotide primitive gauche ou de la crosse aortique. N'ayant pas recherché le pouls carotidien après l'arrêt de la première hémorragie, je ne puis trancher la question. Ces deux vaisseaux, étant en contact direct avec la plèvre, ont pu être ulcérés et s'ouvrir dans la poche pleurale. Toutefois l'abondance extrême de l'hémorragie — surtout de la seconde — et l'absence d'hémostase, malgré une compression de quarante-huit heures, me semblent en faveur d'une ulcération aortique.

Cette hémorragie, véritablement foudroyante, à laquelle succomba mon opéré, constitue un accident tout à fait exceptionnel; je n'en connais pas d'autre exemple. Elle n'a rien cependant qui doive nous étonner, l'ulcération des artères dans les poches d'abcès étant un fait bien connu.

J'ai cru intéressant de rapporter ce fait à la Société de chirurgie, non seulement à cause de sa rareté, mais surtout à cause de l'enseignement que l'on peut en tirer.

Si l'ulcération de l'aorte (ou de la carotide) s'est produite chez

mon opéré, c'est que le processus infectieux avait gagné les parois de cette artère. Peut-être pourrait-on incriminer la pression du drain ; mais cette hypothèse me semble à rejeter, puisque ce drain répondait, par son extrémité profonde, à la paroi postérieure, costale, de la cavité purulente.

Cette ulcération artérielle ne se serait probablement pas produite si l'opération avait été faite d'une façon plus précoce.

C'est sur ce point que j'insiste. La croyance en l'efficacité de la vomique dans les pleurésies purulentes reste enracinée dans l'esprit de beaucoup de médecins. Se basant sur ce fait que la vomique a été, dans certains cas, suffisante à obtenir la guérison, ils attendent, laissent le malade s'infecter de plus en plus et l'amènent au chirurgien dans des conditions souvent très mauvaises.

On ne saurait trop répéter que la vomique a tué plus de malades qu'elle n'en a sauvés, en raison de son insuffisance fréquente à assurer l'évacuation parfaite du pus, de la fausse tranquillité qu'elle donne au médecin et du retard qu'elle apporte à l'opération. La règle doit être que si cette vomique n'est pas suivie rapidement d'une diminution progressive et continuelle de l'expectoration purulente, de la fièvre et des troubles généraux, il faut renoncer à l'expectation et recourir de suite à l'ouverture et au drainage efficace de la cavité pleurale.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des tuberculoses externes par l'eau salée.

M. Reynier. — Messieurs, à l'appui de la communication que je vous ai faite l'autre jour sur la valeur thérapeutique des applications d'eaux salées dans le traitement des tuberculoses externes, je viens vous lire les deux lettres suivantes qui m'ont été adressées par un très honorable confrère de province, M. le Dr G. Louvel, de la Ferté-Macé (Orne).

M. Louvel m'avait écrit une première fois à la suite de ma communication au Congrès de la tuberculose 1904, pour réclamer la priorité de l'idée de l'application de ces eaux salées dans les tuberculoses externes; et je suis heureux de pouvoir faire droit à sa juste réclamation car si, ignorant les travaux de M. Louvel, je suis arrivé aux mêmes conclusions que lui, cet accord non concerté peut encore plus que toute autre démonstration arriver à vous convaincre de la réalité des faits que j'ai énoncés.

La première lettre de M. Louvel est ainsi conçue :

Cher maître,

Je viens de lire dans la *Revue des hôpitaux* un article sur votre façon de traiter les tumeurs blanches par des applications, des pansements d'eaux mères de Salies en compresses recouvertes de taffetas gommé. Cet article m'a d'autant plus intéressé que j'ai inauguré cette méthode en 1891 ou 1892 et que même j'adressai une communication à l'Académie de médecine, laquelle communication est signalée dans le Bulletin de l'Académie.

Le traitement m'avait été suggéré par les beaux résultats que Jules Simon relevait de l'emploi des compresses d'eaux de mères de Salies dans les cas de péritonite tuberculeuse. La première malade sur laquelle j'ai employé cette médication revenait désolée de Paris, où Tillaux, Anger et Léon Labbé lui avait dit une résection tarsienne nécessaire. La jeune fille, actuellement mère de famille, n'a plus eu au bout de six mois la moindre boiterie.

Je suis fier de m'être rencontré avec vous et, permettez-moi de vous le dire, de vous avoir devancé.

Veuillez agréer,

Dr Louvel.

Dans une seconde lettre qu'il m'écrivait en réponse à celle où je lui reconnaissais très volontiers sa priorité, il me donnait des détails intéressants qu'en effet j'ai constatés, et sur lesquels, comme lui, j'insistais dans ma première communication.

La Ferté-Macé, le 27 octobre 1905.

Bien cher maître,

J'ai été très touché de la grâce de votre réponse, laquelle, je vous avouerai, j'attendais avec impatience.

Ma voix étouffée de médecin de province n'avait pas eu d'écho dans votre Académie. Je continuai dans mon isolement ma méthode qui m'avait valu des cures remarquables. Je ne cessai pas de traiter les tumeurs blanches de toute articulation par l'imprégnation permanente des eaux mères de Salies-de-Béarn, tout en désespérant de voir en profiter un cercle plus large que ma clientèle.

Aussi, je ne sais si je dois vous savoir plus de gré de vous voir *certifier* généreusement *ma priorité* dans cette médication que de vous voir par votre puissante autorité répandre et vulgariser un moyen de guérir des lésions qui pour lesquelles on a souvent recours à des interventions graves.

Je me permettrai de vous signaler des détails que ma longue et nombreuse expérience a soulignés :

Je ne crois pas les eaux chlorurées également efficaces dans les cures tuberculeuses, et mes malades aussi bien que moi ont remarqué la défaillance d'action des sels trop lavés — je dis lavés. — J'ai reconnu à maintes reprises la toute-puissante valeur de la première décantation et la diminution progressive de l'effet avec *la queue* des solutions quoique sursaturées du fond de la bouteille. Le « *quid quid divinum* » *des eaux*

mères de Salies serait-il plus soluble que les chlorures? Mes moyens d'expérimentation chimique ne me permettent pas d'aller au delà des constatations cliniques. Je recommande donc à mes clients de ne repasser qu'une fois de l'eau sur le sel de Salies et de jeter le reste. Ils perdent en conséquence un poids considérable *de chlorures dont je ne fais pas le moindre cas.*

Vous avez dû remarquer aussi la difficulté qu'on a de prolonger des applications aussi salées. J'ai dû suspendre bien souvent les enveloppements humides devant des dermatites, qui vésiculaient prodigieusement. Le liniment oléo-calcaire m'en donnait vite raison, et dès que la surface cutanée me le permettait, je recommençais le traitement.

Je vous remercie, bien cher maître, d'avoir apporté à cette médication que j'emploie depuis bientôt quinze ans votre haut parrainage. Je vous adresse mes compliments pour l'extension heureuse de cette méthode au lavage des adénites et des foyers ouverts.

Veuillez agréer, bien cher maître, avec l'expression de ma reconnaissance pour ce que vous m'avez écrit et la part que vous me promettez dans votre communication, celle de mes sentiments respectueux et dévoués.

Dr G. Louvel.

J'ai fait, en effet, les mêmes constatations que M. Louvel, et j'ai comme lui guéri par ces applications d'eaux salées des tumeurs blanches encore limitées aux parties molles, des synovites fongueuses, des adénites; et ne voulant pas abuser de votre patience, je me contenterai de vous citer seulement l'observation suivante, très concluante.

Il s'agit d'un jeune domestique de ma famille, dont le frère est mort tuberculeux, qui est fils d'alcoolique. Il avait eu au régiment une adénite tuberculeuse de l'aine qu'on lui avait ouverte. Depuis plusieurs années, il prend de l'huile de foie de morue; or, il y a un an, il se mit à boiter, avec des douleurs très vives dans la jambe gauche, douleurs survenant comme de véritables crampes. L'examen de sa jambe fit alors faire le diagnostic d'une périostite de la tête du péroné, au niveau où le nerf sciatique poplité externe contourne cet os. Ainsi s'expliquaient par névrite de voisinage ces crampes dont souffrait le malade.

On tenait beaucoup dans ma famille à ce garçon qui est très dévoué, je conseillai de le garder et je le mis à la viande crue et au vin iodé, en même temps que je lui ordonnais tous les soirs de faire des applications sur sa jambe au niveau du point douloureux de ouate hydrophile imbibée d'eau salée. Dans la journée contre ces crampes je lui fis bander la jambe. Cet homme continua son service, d'ailleurs très doux, de domestique, car il est dans une maison où on ne frotte pas, où on ne monte pas d'étages et où on ne fait pas faire de courses. Or sous l'influence de ces com-

presses d'eau salée mises pendant un an, toute sensation douloureuse disparut, le péroné cessa d'être douloureux, et aujourd'hui cet homme, tout à fait guéri, ne se ressent plus de rien.

Je peux, je le répète, multiplier les observations, mais je préfère que mes collègues expérimentent ce traitement, et viennent m'apporter eux-mêmes leurs observations.

M. Antonin Poncet. — A propos de la communication de M. Reynier sur le traitement des tuberculoses locales par l'eau salée, je rappellerai les travaux, sur le même sujet, de M. Houzé de l'Aulnoit, de Lille.

Entre autres recherches de ce chirurgien relatives au traitement par des pansements à l'eau salée des tuberculoses, articulaires, osseuses, etc., je me souviens d'une communication qu'il fit en 1881, à Alger, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. Paul Reynier. — Il me semblait me rappeler que M. Houzé de l'Aulnoit avait surtout préconisé les bains salés dans les tuberculoses externes, bains dont j'ai vu les effets merveilleux à Cannes, où mon ami M. de Valcourt me faisait voir des guérisons de coxalgie suppurée, de maux de Pott suppurés, dont les fistules s'étaient fermées par les bains quotidiens dans la mer, en plein hiver. Ce sont ces faits qui m'ont poussé à employer l'eau salée, et ne pouvant avoir la mer à ma disposition, j'ai employé les solutions de sels chlorurées sodiques en applications locales.

M. Poncet. — Houzé de l'Aulnoit ne confondait pas le traitement par les bains salés avec celui par des pansements locaux avec l'eau salée. Il était enthousiaste de ce dernier mode thérapeutique dont il faisait une sorte de panacée dans les tuberculoses chirurgicales.

Hémostase chez les hémophiles. Injection hémostatique de sérum antidiphtérique chez un malade atteint de purpura hémorragique. Insuccès.

M. Mauclaire. — Dans les séances précédentes, plusieurs cas ont été rapportés d'arrêt d'hémorragie chez des malades hémophiliques auxquels des injections de sérum antidiphtéritique ont été faites.

Le fait suivant montre que, dans certains cas, ces injections peuvent être insuffisantes. Il s'agissait d'un malade soigné à

Dubois pour une cirrhose hypertrophique avec purpura compliqué d'endocardite — et de parotidites suppurées bilatérales. — Avant de faire l'incision de ces parotidites et craignant une hémorragie post-opératoire, je fis injecter préalablement 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. L'incision fut pratiquée douze heures après l'injection. Or, douze heures environ après l'incision il survint une hémorragie en nappe, très abondante. On fit alors au malade une injection de sérum gélatiné. Le malade, très cachectique, succomba quarante-huit heures après l'intervention.

Ce cas n'infirme pas évidemment les succès publiés ici. J'ai voulu simplement dire que dans les cas graves d'hémophilie ces injections hémostatiques préventives peuvent malheureusement être insuffisantes.

A propos de l'appendicite traumatique.

M. F. Legueu. — Notre collègue M. Picqué a fait allusion l'autre jour à l'observation d'appendicite traumatique dont j'ai eu l'occasion de parler ailleurs, et a bien voulu me demander de compléter les détails que j'avais donnés sur cette observation.

Il s'agit d'une enfant de dix ans qui, un jeudi, reçut un coup de pied dans le ventre. Ceci ne l'empêcha point de continuer à jouer ses jeux ordinaires.

Ce n'est que la lendemain vendredi que cette enfant commença à se plaindre de douleurs dans le ventre. Elle est soignée chez elle jusqu'au lundi.

Le lundi suivant, elle est amenée à l'hôpital des Enfants Malades où je suis appelé à la voir dans l'après-midi comme chirurgien de garde.

On ne manqua pas d'attirer mon attention sur le traumatisme antérieur, mais je ne constatai aucune trace de contusion superficielle. L'enfant présentait tous les signes d'une péritonite généralisée : ventre ballonné, douloureux partout, vomissements verts, pouls à 140, température à 39°5.

Je fis à droite une incision, qui me montra une péritonite généralisée avec un appendice perforé à sa pointe, sans corps étrangers appréciables. L'appendice est enlevé. Je fais ensuite deux autres incisions : l'une sur la ligne médiane, l'autre dans le flanc gauche, et je draine largement. L'enfant mourut le lendemain.

Telle est l'observation qui, à part la notion du traumatisme antérieur, est celle d'une appendicite vulgaire, quelconque.

Je ne crois pas que cette observation puisse incriminer le trau-

matisme : qu'une contusion fasse éclater une appendicite et ce sera une contusion comme celles de l'abdomen.

Mais en dehors de cela, le traumatisme ne crée pas l'appendicite, et je partage à ce point de vue l'avis de M. Picqué.

Cette enfant, qui n'avait pas eu de crises antérieures; malgré cela, chez elle le traumatisme a réveillé un état latent et fait paraître à ce moment une crise qui se serait produite plus tard.

Mais je ne crois pas qu'on puisse prendre texte de ces faits pour dire que le traumatisme peut, de toutes pièces, causer, produire l'appendicite.

Cette conclusion ne manquerait pas d'être exploitée ailleurs si elle était établie; et comme je suis un de ceux qui ont publié un fait d'appendice traumatique, je profite de l'occasion pour remettre les choses au point.

M. Picqué. —Je remercie notre collègue Legueu de nous avoir donné quelques renseignements complémentaires sur son observation parue dans sa monographie de 1897. Je tiens à répéter ce que j'ai affirmé dans mon rapport, après MM. Jeanbreau et Anglada, c'est que le traumatisme ne saurait créer l'appendicite et qu'il ne peut que réveiller des lésions latentes.

M. Sieur. — Je crois, pour ma part, nécessaire de souligner en passant l'importance du travail de MM. Jeanbrau et Anglada qui vous a été rapporté dans la dernière séance par M. Picqué. Pratiquant depuis de longues années dans un milieu où l'appendicite et les traumatismes de l'abdomen sont également fréquents, je n'ai pas souvenir d'avoir observé un seul exemple permettant de conclure à *la filiation directe* de l'appendicite et du traumatisme.

Par contre, j'ai pu relever chez quelques-uns de mes malades le rôle important joué par les traumatismes, les exercices d'équitation ou de gymnastique et par les marches d'entraînement dans le réveil d'une crise appendiculaire.

Pour que la contusion abdominale pût provoquer d'emblée une crise appendiculaire, il faudrait que l'appendice fût plus accessible à son action. Or, l'appendice lui échappe la plupart du temps en raison de son petit volume, de sa vacuité, de sa mobilité et de sa situation en arrière des anses grêles et en avant du psoas iliaque, qui le sépare du plan osseux sous-jacent.

Par contre, on comprend très bien qu'un traumatisme irrite un appendice porteur de coprolithes ou soumis antérieurement à une poussée inflammatoire, de même que le ballottement de la masse intestinale, tel qu'il se produit au cours de certains exercices, soit une cause de tiraillements intolérables, quand l'appendice est fixé par des adhérences anciennes.

C'est à ce titre que je crois intéressant de vous soumettre les observations suivantes :

Obs. I. — Th..., artilleur, n'a aucun antécédent; son intestin a toujours parfaitement fonctionné jusqu'en février 1904. A cette date et pour la première fois, au cours d'une manœuvre à cheval particulièrement pénible et faite aussitôt après déjeuner, il éprouve une première colique appendiculaire avec nausées, fièvre légère et courbature assez prononcée.

Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours; nouvelle crise le 18 juin, survenue dans les mêmes conditions, qui nécessite son entrée à l'hôpital, où tout se calme par le repos. Il part en convalescence de deux mois, mais durant son séjour dans sa famille il ne peut se livrer à aucun travail et les exercices d'équitation lui sont particulièrement intolérables.

Admis à nouveau à l'hôpital dans mon service le 12 novembre 1904, je constate que la palpation de la fosse iliaque est surtout douloureuse lorsque l'extrémité des doigts atteint la région appendiculaire. On sent un cordon du volume du pouce, obliquement dirigé en bas et en dedans et qui semble adhérer à la fosse iliaque.

Par la laparotomie, faite suivant l'incision de Jalaguier, je trouve un appendice fixé à la paroi interne du bassin par une bride fibreuse très résistante à laquelle adhère même une anse grêle ; cette bride le coude et l'étrangle à sa partie moyenne et le met dans l'impossibilité de suivre le gros intestin dans ses déplacements.

Nous avions donc là l'explication des tiraillements douloureux qu'éprouvait le malade au cours des exercices d'équitation, des exercices de force ou même de la marche prolongée.

Obs. II. — Le nommé B..., soldat au 2e génie, était en voiture le mardi 11 février 1902. Les chevaux s'étant emballés, il saute à terre et tombe, mais sans se faire aucun mal, puisqu'il peut se relever immédiatement et se jeter à la tête des chevaux.

Rien à noter dans la journée du mardi et du mercredi; santé excellente comme d'habitude. Le jeudi dans l'après-midi, il monte à cheval et éprouve vers la fin de l'exercice une douleur vive dans le ventre, du côté droit, à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du rebord correspondant des fausses côtes. La nuit du jeudi au vendredi est assez calme, mais le vendredi matin il est obligé de rester couché et, de neuf heures à deux heures, il éprouve une douleur violente avec état nauséeux très marqué.

Le samedi à midi, réapparition des douleurs toujours localisées au même point du ventre, avec irradiations dans la région lombaire correspondante. Vomissements incoercibles, d'abord alimentaires, puis verdâtres, qui se continuent toute la nuit jusqu'au dimanche matin. C'est alors qu'il est évacué sur mon service.

Les douleurs sont moins vives, les vomissement ont cessé; le pouls est dicrote à 68 et la température à 37°6; la langue est blanche et l'haleine mauvaise; constipation.

Le malade indique comme région particulièrement douloureuse la région de l'hypocondre droit, avec maximum au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure et le long de la crête iliaque correspondante. La défense musculaire est telle que l'exploration des organes profonds est impossible.

Le soir, la température est à 38 degrés, le pouls à 80; le malade est agité et ne sait quelle position prendre. Nuit mauvaise, insomnie complète, et le matin du 18 février, facies grippé avec aggravation manifeste des douleurs.

Je me décide à intervenir, et, croyant avoir affaire à une appendicite postérieure, à siège rétrocæcal, je fais une incision parallèle à la crête iliaque allant du carré des lombes à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Pas d'infiltration de la paroi; arrivé sur la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant, je décolle très facilement le péritoine et je puis constater qu'il n'existe, ni au pourtour de ces organes, ni dans la fosse iliaque, aucune zone indurée ou enflammée. Dans ces conditions, je renonce à inciser le péritoine et je referme la majeure partie de l'incision et me borne à laisser une mèche de gaze dans sa partie la plus déclive.

A part une légère reprise de douleurs dans la soirée du second jour, tous les accidents s'atténuent rapidement, et la guérison était complète au bout de quinze jours.

Bien que nous n'ayons pas cru devoir aller à la recherche de l'appendice, nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir de doute sur la réalité d'une crise appendiculaire chez notre malade. Le traumatisme avait été trop bénin pour permettre de s'arrêter à l'idée d'une lésion costale, musculaire, hépatique ou rénale. A plus forte raison devons-nous rejeter l'idée d'une appendicite traumatique. La crise appendiculaire a suivi de quelques jours l'accident, mais il ne saurait y avoir entre eux aucun rapport de cause à effet.

L'observation suivante, relevée dans le service de notre maître, M. le médecin inspecteur général Robert, se rapproche davantage de certains des faits signalés par MM. Jeanbrau et Anglada.

Obs. III. — B..., sous-officier de cavalerie, a joui d'une excellente santé jusqu'au 12 mai 1897, date à laquelle il fait une chute avec son cheval. Cette chute paraît avoir été inoffensive, mais le lendemain il est pris de douleurs dans les articulations du genou et de la hanche, et deux jours après, il présentait tous les signes d'une attaque de rhumatisme.

Après un séjour d'un mois à l'hôpital, durant lequel il avait eu des alternatives de constipation et de diarrhée, il part en convalescence. Au bout de huit jours, il est pris en chemin de fer, et pour la première fois, de coliques violentes avec fièvre qui l'obligent à entrer d'urgence à l'hôpital, où l'on reconnaît l'existence d'une appendicite.

Les accidents ayant cessé, il part en convalescence d'un mois, mais à son retour, au cours d'une séance d'équitation, il éprouve, au niveau

de la fosse iliaque droite, une douleur tellement vive, qu'il a une syncope de courte durée. Néanmoins, après un nouveau repos, il peut assister aux grandes manœuvres et faire son service jusqu'au 2 janvier 1898; mais les troubles intestinaux persistent.

Le 5 janvier, *il reçoit un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite* et éprouve une douleur extrêmement vive qui nécessite son entrée d'urgence à l'hôpital, et un traitement à la chambre de huit jours de durée.

Le 20 janvier, nouvelle crise appendiculaire, avec douleurs dans la fosse iliaque, fièvre et vomissements très pénibles.

A dater de cette époque et à chaque fatigue, réapparition des douleurs, qui le font évacuer sur le Val-de-Grâce pour y être opéré.

Le 8 juillet 1898, une incision parallèle à l'arcade crurale montre que le cæcum et l'appendice sont libres d'adhérences, mais l'appendice est induré et renferme dans son intérieur trois calculs ayant le volume de haricots. On le résèque et un mois plus tard le malade quittait le service et n'a plus été revu.

Bien que dans le fait précédent il y ait une relation plus directe entre le traumatisme et les accidents appendiculaires présentés par le malade, on ne saurait oublier qu'il y avait eu une crise d'appendicite violente avant la contusion de la fosse iliaque droite par coup de pied de cheval. Cette contusion, malgré un début assez bruyant, était guérie en huit jours, ce qui cadre mal avec une lésion intestinale. Si l'appendice a réagi, c'est parce qu'il était malade et renfermait des calculs dans son intérieur.

En résumé, je conclurai volontiers, avec MM. Jeanbrau et Anglada, que le traumatisme ne saurait produire seul une inflammation de l'appendice. Il faut pour que cette inflammation se produise, que le terrain ait été préparé par une crise antérieure, laquelle a laissé la plupart du temps après elle une induration chronique de l'appendice avec ou sans coprolithes dans son intérieur et surtout des adhérences capables d'immobiliser l'organe et de l'empêcher de suivre les déplacements du gros intestin.

M. Potherat. — Messieurs, il me paraît indispensable de ne pas laisser passer la communication de M. Sieur, sans intervenir.

Je ne puis croire que dans un cas comme celui qu'a rappelé mon ami Legueu, il y a un instant, où le traumatisme est évident, certain, directement porté sur l'abdomen, ce traumatisme lui-même soit la cause première de l'appendicite. Le traumatisme pourrait, en théorie, déchirer, rompre l'appendice, mais comment l'incriminer quand l'intervention étant mise en œuvre au bout de quelques heures, on trouve un appendice sphacélé, perforé par gangrène et non par rupture?

Mais combien il est plus difficile d'accepter l'influence du traumatisme dans les cas de M. Sieur.

Voici des hommes, des cavaliers, qui montent à cheval, font de la gymnastique, développent des efforts plus ou moins violents, mais n'ont reçu aucun coup sur l'abdomen ; ils éprouvent des douleurs dans le ventre, présentent des signes d'appendicite ; on les opère ; ils ont bien et dûment une appendicite, et vous voudriez rattacher ces appendicites au traumatisme !

Mais alors je devrais rattacher au traumatisme le cas de cet homme que j'ai opéré il y a quelque dix ans dans le service de mon maître, M. Nélaton. Cet homme, un peu souffrant dans la journée, s'était rendu à un bal public, où il s'était livré à des ébats chorégraphiques au cours desquels il avait éprouvé une violenté douleur abdominale. Transporté à minuit à l'hôpital, je l'opérais le lendemain matin à 8 heures ; je trouvais un appendice perforé par gangrène, et une péritonite septique. Le malade succomba.

Tous les travaux manuels, les efforts, les mouvements peuvent éveiller des douleurs chez les malades atteints d'appendicite chronique ou subaiguë, mais je ne les crois pas capables de déterminer l'appendicite ; et, en ce qui me concerne, j'estime que la démonstration de l'appendicite traumatique vraie est à faire.

M. Broca. — Si M. Legueu a dit que le trauma peut créer l'appendicite, — je n'en sais rien, car je ne l'ai pas entendu dire, — j'estime que la proposition est erronée, mais je crois que M. Potherat a tort de contester les propositions émises par M. Sieur, dont je partage l'avis : chez nos malades en crise d'appendicite, nous trouvons trop souvent à l'origine un trauma violent ou léger, un effort, etc. ; nous savons trop combien mal les sujets atteint d'appendicite chronique supportent les secousses abdominales, pour que nous puissions révoquer en doute le rôle provocateur du trauma — j'entends pour la crise, non pour l'appendicite elle-même. Je veux bien, d'ailleurs, que toutes les observations de M. Sieur ne soient pas probantes, comme il est le premier à le dire ; et j'ajouterai que chez le malade qu'il a soumis à une opération exploratrice, je n'aurais sûrement pas agi comme lui, ou je n'aurais pas fendu la paroi, ou j'aurais ouvert le péritoine et réséqué l'appendice. Ce malade, chez qui il y a eu quarante-huit heures d'écart entre le trauma et la crise me paraît discutable. Mais je maintiens que, dans l'ensemble, l'opinion de M. Sieur me paraît exacte.

J'ajouterai que ces cas où la crise est d'origine traumatique peuvent embarrasser beaucoup le clinicien. En particulier, j'ai vu

il y a environ dix ans, à l'hôpital Trousseau, un enfant chez lequel j'ai hésité entre une contusion iliaque avec hématome — le coup de pied originel étant certain et assez violent — et une appendicite, jusqu'au jour ou éclata brusquement une péritonite suraiguë pour laquelle Legueu, alors chirurgien de garde, fut appelé et opéra. Le malade succomba. Depuis cette époque, j'ai appris à me méfier de cette erreur de diagnostic et la conclusion pratique est, en cas de doute, de ne pas tenir compte du trauma, d'agir comme si c'était sûrement une appendicite ordinaire.

M. Sieur. — Comme M. Broca l'a fait remarquer, je répondrai à M. Potherat que, loin de défendre l'origine traumatique de l'appendicite, j'ai apporté des faits qui montrent que le traumatisme n'a qu'un rôle secondaire et ne saurait qu'amorcer une poussée aiguë chez un appendiculaire avéré ou latent.

M. Potherat. — Mais, Messieurs, la question n'est pas de savoir si chez des malades atteints d'appendicite subaiguë, les mouvements violents, les efforts peuvent susciter des crises douloureuses. M. Sieur et M. Broca, son interprète fidèle, l'affirment,

Certes, ils ont parfaitement raison ; nous connaissons bien tous cette influence des efforts; il n'est pas jusqu'à la défécation qui ne puisse, dans certaines circonstances, éveiller des douleurs chez les malades en état d'appendicite avérée ou latente.

Mais, Messieurs, là n'est pas la question. La question est celle-ci : le traumatisme peut-il à lui seul déterminer une appendicite? M. Broca, M. Sieur ne le croient pas; je ne le pense pas davantage moi-même ; nous ne sommes donc pas en désaccord, tout au contraire.

M. Demoulin. — Il semble bien, d'après ce qui vient d'être dit, que nous sommes tous d'accord, pour admettre qu'un traumatisme abdominal, portant dans la région de l'appendice, est incapable de créer, à lui seul, une appendicite; mais, les différents orateurs qui viennent de se succéder à la tribune, pensent, qu'un traumatisme de la fosse iliaque droite peut révéler l'existence d'une appendicite chronique restée latente.

Si cette opinion doit prévaloir, nous n'allons pas manquer de voir la plupart des appendicites des travailleurs manuels, rentrer dans le cadre des accidents du travail.

En effet, si l'appendicite était latente, elle aurait pu rester telle et par conséquent ne jamais se révéler; le traumatisme ayant été, d'après ce qui vient d'être soutenu ici, la cause de l'apparition de la maladie, deviendra, me semble-t-il, d'après la jurispru-

dence qui tient à prévaloir aujourd'hui, en matière d'accidents du travail, la seule cause responsable de la maladie.

M. Walther. — Il y a dans cette étude de l'influence du traumatisme sur le développement de l'appendicite deux questions bien distinctes : l'une de pathogénie, d'anatomie pathologique, ou plutôt de physiologie pathologique, l'autre de clinique.

Sur la première, nous ne sommes guère éclairés. Nous savons tous, et je crois que sur ce point nous sommes tous d'accord, l'influence que peut avoir le traumatisme, sous quelque forme qu'il agisse, pour aggraver une appendicite aiguë, pour réveiller une appendicite en voie de régression, pour révéler même une appendicite chronique ou une appendicite latente.

Sur l'appendice sain, un traumatisme peut-il déterminer des lésions capables d'amener une inflammation, une infection secondaire? Je crois que nous ne pouvons pas rejeter cette hypothèse. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous n'avons pas d'exemple net, de preuve anatomique, expérimentale pour ainsi dire de cette pathogénie, mais nous ne pouvons pas dire que cela n'existe pas.

Tout ce que nous savons des lésions de congestion, d'hyperhémie, de péritonite subaiguë consécutives aux contusions de l'abdomen, ne nous permet pas de rejeter *a priori* la possibilité d'une infection secondaire due à une congestion, à de petites lésions de contusion de l'appendice lui-même ou du cæcum.

Disons donc que de tout ceci nous ne savons rien, ou à peu près rien, et gardons-nous d'affirmer ou de nier.

Pour ce qui est de la seconde question, de l'observation clinique, en mettant à part les faits très nets, très connus et acceptés par tous, je crois, d'aggravation, de réveil, de révélation d'appendicites déjà existantes par un traumatisme, il me semble que, dans quelques cas, le diagnostic est singulièrement troublé par le commémoratif d'un coup, d'une chute, d'un effort violent. Mon ami Broca a fait allusion à ces faits. J'en ai observé quelques-uns et je dois avouer le très grand embarras où je me suis trouvé pour arriver à un diagnostic.

Un malade a fait une chute, a reçu un coup dans la région de la fosse iliaque ou à la limite de la région ombilicale. Depuis l'accident, il conserve là une douleur fixe, douleur spontanée, douleur à la pression. S'agit-il d'une contusion de la paroi, d'une rupture de quelques fibres musculaires, d'une très petite déchirure de l'aponévrose profonde, d'une appendicite?

J'avoue que, pour ma part, j'ai eu souvent beaucoup de peine à

arriver à un diagnostic précis après des observations très longues et nombre de fois répétées.

Je ne veux pas prolonger cette discussion et insister sur ces faits qui comporteraient un trop long développement ; je ne veux qu'attirer sur ce point l'attention et répéter que nous avons là de très grandes difficultés de diagnostic.

M. Picqué. — J'ai tenu à laisser de côté le point de vue médico-légal si intéressant qui découle de la communication de M. Jeanbrau, et je me propose d'en faire l'objet d'une note spéciale à la Société de médecine légale.

Si j'ai bien compris le sens des observations de notre collègue, il semble redouter une espèce nouvelle et l'introduction de demandes d'indemnités nombreuses dans des cas de crises d'appendicite consécutives à des traumatismes professionnels.

Je crois, pour ma part, que la question n'est pas nouvelle et qu'on peut sous ce rapport rapprocher l'appendicite de la hernie.

Une hernie habituelle s'étrangle sous l'influence d'un effort, le blessé a droit à une réparation.

Un malade a une appendicite latente, le traumatisme amène une crise aiguë. L'analogie n'est-elle pas complète?

D'autre part, je tiens à rappeler qu'à maintes reprises la Cour de cassation a déclaré que seule devait entrer en ligne de compte la relation de cause à effet entre l'accident et ses conséquences (point qui appartient exclusivement au domaine juridique) et qu'il n'y avait pas à tenir compte de l'état antérieur.

Rapports.

Coup de feu pénétrant de la poitrine et de l'abdomen. Blessure de la plèvre gauche, de l'intestin et du rein gauche. Néphrectomie d'urgence. Guérison, par M. le Dr Duval, médecin en chef de la marine.

Rapport par M. WALTHER.

Un caporal d'infanterie de marine reçoit un soir dans une rixe un coup de feu d'un revolver de 8 millimètres. Il tombe et reste dans la rue par un froid de 16 degrés pendant plus d'une heure. Il est alors relevé, transporté sur un brancard à l'hôpital militaire de Tien-Sin où M. Duval l'examine une heure et demie après l'accident.

« Le blessé, nous dit M. Duval, est très pâle, frissonnant ; la

peau est froide, le pouls très petit, rapide, la respiration courte, anxieuse, précipitée. Sur le thorax, à la face antérieure, du côté gauche, on voit la plaie d'entrée, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, à 14 centimètres à gauche de l'appendice xyphoïde, dans le 8[e] espace intercostal, sous le bord inférieur de la 8[e] côte. La plaie de sortie, de dimensions égales, se trouve à la région lombaire, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, à 3 centimètres de la crête épineuse, à 4 centimètres au-dessus de la crête iliaque ; par cet orifice sort en bavant une quantité notable de sang. L'oreille appliquée sur la partie gauche de la poitrine perçoit des râles humides très fins, gagnant rapidement en hauteur, avec une matité correspondant aux deux tiers inférieurs de l'hémithorax. Le côté droit demeure sonore. Le blessé n'a pas craché de sang.

« Il n'a pas uriné depuis l'accident et déclare ne pouvoir le faire. Une sonde de caoutchouc introduite dans la vessie donne issue à 250 grammes d'urine fortement colorée en rouge vif. »

M. Duval, en présence de ces signes, porte le diagnostic de plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen avec blessure certaine de la plèvre et du rein gauches, lésion possible de l'intestin.

Il intervient immédiatement pour arrêter l'hémorragie qui constitue le danger imminent.

Anesthésie chloroformique. Incision de 16 centimètres en dehors de la masse sacro-lombaire se recourbant au-dessus de la crête iliaque. A l'ouverture de la loge rénale un flot de sang s'échappe. Le rein est saisi et amené au dehors, le pédicule étreint par une pince.

On constate que la balle a traversé le bassinet, la moitié inférieure du rein en faisant éclater en deux points le bord convexe.

Tentative de suture du rein ; mais les tissus contusionnés se déchirent. Une forte soie est liée sur le pédicule. Néphrectomie.

« L'exploration du fond de la plaie permet de reconnaître une petite dépression qui marque la sortie du projectile à travers l'abdomen. Mais l'état du blessé affaibli par l'hémorragie, la longue exposition à l'air glacial et le shock, interdit une intervention transpéritonéale. »

M. Duval se contente donc d'assurer un large drainage avec un gros drain et de longues mèches de gaze iodoformée.

Les suites ont été simples.

Le troisième jour, on constate dans le pansement le passage d'un peu de matière noirâtre avec odeur fécaloïde témoignant de la blessure de l'intestin.

En quelques jours cette fistule stercorale s'est spontanément obstruée.

Le rein droit fonctionnait bien. Il donnait 400 grammes d'urine le premier jour, 1.600 grammes, au bout de dix jours.

L'hémothorax se résorba régulièrement.

Le trente-deuxième jour, sortit par la plaie le fil de soie du pédicule rénal et la plaie se ferma très rapidement.

Le blessé, après six mois de convalescence, put continuer pendant deux ans son service militaire, sans éprouver aucun inconvénient de son ancien accident.

Nous ne pouvons, je pense, que féliciter M. Duval du succès de son intervention.

La gravité de l'état général ne permettait pas, comme il nous le dit, de songer à prolonger l'intervention. D'autre part, la situation des deux orifices du trajet montrait que seul le côlon descendant avait pu être blessé et le drainage convenablement établi avait pu mettre le blessé à l'abri des dangers créés par cette plaie du gros intestin. M. Duval a bien fait de s'arrêter dans son intervention au point où la faiblesse du blessé pouvait la rendre dangereuse.

Je vous propose de lui adresser nos remerciements pour son intéressante observation que nous conserverons dans nos archives.

Observation d'épithélioma adamantin du maxillaire inférieur, par M. H. Morestin.

Rapport de M. MAUCLAIRE.

M. Morestin nous a présenté l'an dernier plusieurs cas d'intervention sur le maxillaire inférieur, et parmi eux en voici un très intéressant, intitulé : Epithélioma adamantin. Hémirésection du maxillaire inférieur. Guérison.

Mlle M..., âgée de vingt-deux ans, est entrée le 2 septembre 1903, à la maison Dubois, dans le service de M. Guinard que je remplaçais, m'étant adressée par mon excellent ami et collègue Herbet. Cette jeune fille avait déjà subi deux opérations à l'Hôtel-Dieu pour une lésion de la mâchoire inférieure, mais en dépit de cette double intervention, l'affection avait continué sa marche.

On avait, paraît-il, reconnu un kyste, lequel avait été ouvert, gratté, partiellement extirpé, et finalement cautérisé. La plus ancienne de ces tentatives remontait à un an, l'autre à quelques mois. Le début de la maladie elle-même datait de près de trois ans. Vers cette époque, la malade fut prise de douleurs ayant pour siège le côté gauche de la mâchoire inférieure et principalement la région occupée par les grosses molaires. Ces douleurs, revenant par crises violentes et fréquemment répétées, furent attribuées à la carie d'une de ces dents.

L'extraction en fut faite, et cette opération aurait présenté quelques particularités, mais il est impossible d'avoir des renseignements précis à ce sujet. Le dentiste aurait été surpris par la forme de la dent, dont l'extraction avait été laborieuse. Il faut renoncer à savoir quelle était cette dent, le caractère et le degré de l'altération qu'elle présentait, et aussi quelle était l'anomalie constatée par l'opérateur.

Il n'y a rien autre chose dans les antécédents. Cette jeune fille n'a jamais eu aucune autre maladie, et sa santé générale est parfaite.

On remarque dès l'abord que le visage est asymétrique, et qu'il existe au niveau de la partie inférieure de la joue gauche et de la branche horizontale du maxillaire, un relief très visible, sans qu'il y ait d'ailleurs aucune altération des téguments. A la palpation, on reconnaît tout de suite l'existence d'une tumeur de consistance très dure sur laquelle se déplacent aisément les parties molles superficielles. La bouche ouverte, on reconnaît que du côté gauche toutes les dents manquent en arrière de la canine, que la mâchoire présente en cette région un élargissement considérable, ou plutôt une augmentation de volume générale, qu'elle est occupée par une tumeur assez considérable que parcourt d'avant en arrière une longue excavation fissurique, profonde et irrégulière. En combinant le toucher buccal au palper extérieur, on apprécie exactement la disposition de la tumeur.

Celle-ci est logée dans l'épaisseur du maxillaire lui-même et intimement confondue avec lui. En dedans, en bas, en dehors, le doigt rencontre une surface osseuse, parfaitement lisse, et nullement adhérente aux parties molles du plancher de la bouche, ni de la joue.

La branche montante ne paraît pas élargie, non plus que l'angle, mais la branche horizontale offre, au-devant du masséter, deux travers de doigt environ d'épaisseur. Ce gonflement s'étend jusqu'au voisinage de la canine où il cesse assez brusquement.

Du côté buccal la tumeur est creusée, nous l'avons dit, d'une dépression profonde. C'est l'ouverture autrefois pratiquée par le chirurgien ; elle ne s'est jamais refermée. La muqueuse saine vient s'arrêter au pourtour de cette excavation, formant deux bourrelets arrondis en dedans et en dehors de celle-ci. Si bien que l'aspect de ce côté de la mâchoire rappelle un peu l'aspect de certains coquillages, qui, sur une de leurs faces, présentent une fente longue et unique. Dans cette dépression en forme de fente on voit s'élever des bourgeons rougeâtres, peu abondants, peu saignant.

Par l'extrémité antérieure de la fente, sort un bouquet un peu plus volumineux de ces végétations.

A ce niveau, on les voit directement implantées sur la muqueuse et en continuité avec elle. Elles entourent comme d'un collier la dent canine, dont l'alvéole est en partie détruite et qui oscille à la moindre pression. L'incisive latérale correspondante est elle-même menacée, ou plutôt son siège est commencé et le même sort lui est prochainement réservé. Le stylet enfoncé et promené dans la fente ne rencontre pas d'os dénudé, et se meut dans un espace étroit à peine plus large

que la fissure. Le contact de l'instrument est assez douloureux pour que cet examen soit rendu très court.

La lésion a pourtant presque cessé d'être douloureuse spontanément ; les souffrances très vives au début de la maladie se sont atténuées beaucoup, et ne reviennent plus que par crises légères à d'assez longs intervalles. La mastication est non seulement possible, mais facile. L'état de la dentition laisse à désirer. Sans parler de la région occupée par la tumeur, plusieurs dents ont été arrachées, et d'autres sont cariées. Ainsi les trois molaires supérieures droites sont le siège de caries pénétrantes ; une des prémolaires manque à droite en haut et en bas, à gauche la première molaire a dû être extraite.

Notons enfin l'existence, dans la région sous-maxillaire gauche, de deux petits ganglions arrondis, très mobiles, indolents, gros comme des haricots.

Il s'agissait donc, en somme, d'une lésion évoluant dans l'épaisseur de la mâchoire. Cet os avait subi une ampliation excentrique ; il était comme soufflé, formant une coque à la tumeur, mais une coque épaisse, et n'offrant en aucun point la crépitation paracheminée, fréquemment signalée dans les tumeurs intra-maxillaires.

On ne pouvait guère admettre que ce néoplasme récidivant, gagnant de proche en proche et s'infiltrant d'une alvéole à l'autre, ne fût de mauvaise nature ; mais la marche très lente et le bon état général tempéraient le pronostic. Tenant compte de l'évolution clinique, du siège intramaxillaire dans la région dentifère, j'admis comme probable qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs étranges développées aux dépens des débris épithéliaux paradentaires, d'une sorte d'*épithélioma d'origine congénitale*. L'antécédent kyste n'était pas en désaccord avec cette supposition, car on a vu des tumeurs kystiques de la mâchoire récidiver sous forme d'épithélioma.

Je me décidai à pratiquer la *résection de la moitié gauche du maxillaire*, opération qui eut lieu le 5 septembre. Je fis en même temps l'extirpation des deux petits ganglions sous-maxillaires. Les suites furent aussi simples que possible, la malade put se lever le jour même. Elle était complètement guérie à la fin de septembre. Elle peut parler très correctement et manger assez bien, malgré la perte d'une moitié de la mâchoire inférieure. La cicatrisation s'étant faite très rapidement, la moitié restante a peu de tendance à se dévier. Cependant, la discordance des dents supérieures et inférieures apporte une gêne réelle à la mastication des aliments solides. La partie inférieure du visage offre à gauche un aplatissement notable, mais moins disgracieux qu'on n'eût pu le craindre, ce qui tient sans doute à l'abondance du tissu adipeux, qui forme une couche épaisse et dense, voilant toutes les saillies et dépressions. D'ailleurs la malade s'est, depuis, mariée, et même avantageusement. Nous avons eu récemment de ses nouvelles (1er janvier 1906), et la guérison reste parfaite.

L'examen de la pièce montre que le corps du maxillaire est considérablement élargi et profondément creusé. Cette coque osseuse est très résistante, mais moins épaisse que nous ne le supposions. Elle contient

une masse néoplasique demi-molle, friable, de coloration rosée; ce tissu remplit presque la loge osseuse, ne laissant persister qu'un espace central irrégulier. Ce tissu s'infiltre en avant dans les alvéoles de la canine et de l'incisive latérale. En arrière, il distend ce qui persiste du canal dentaire, et un gros bourgeon vient émerger à l'orifice supérieur de ce canal, au-dessus de l'épine de Spix. Au pied de l'apophyse montante, on voit que le néoplasme a également pénétré dans la loge de la dent de sagesse, et entouré complètement cette dent encore retenue dans l'os et, d'ailleurs, parfaitement saine.

L'examen histologique a été fait par M. Cornil et par M. Lecène, qui m'a remis la note ci-jointe. Sur les coupes, on voit partout deux ordres de cellules; les unes sont étoilées, d'aspect muqueux, et caractérisent la tumeur. Elles forment des massues renflées simulant des sortes de papilles, ou des amas plus ou moins volumineux. Autour de ces amas ou de ces sortes de papilles, on voit des couches plus ou moins nombreuses de cellules cubiques ou polyédriques aplaties appartenant au type pavimenteux.

C'est donc là une tumeur intéressante, une sorte d'*épithélioma d'origine congénitale*. Ces faits sont encore peu nombreux, mais bien connus cependant depuis les admirables travaux de Malassez et les recherches de ses élèves, parmi lesquelles il convient de rappeler l'excellente thèse de Chibret (Paris, 1894).

Dans ce cas, voulant réduire la difformité qui allait résulter de l'opération, je n'ai pas fait d'incision extérieure. *L'intervention a été pratiquée exclusivement par la bouche.*

Note histologique de M. Lecène.

Des coupes nombreuses de la tumeur, étudiées à différents grossissements, montrent la structure suivante :

Dans un stroma conjonctif formé de fines fibrilles, de cellules plates et de cellules embryonnaires infiltrées d'une façon diffuse, on trouve des éléments épithéliaux disposés en traînées ou en alvéoles arrondis suivant l'incidence de la coupe. L'épithélium de ces alvéoles a une structure très particulière : le long de la paroi alvéolaire, on trouve des cellules épithéliales cylindriques ressemblant à celles de la couche basale de l'épiderme, puis, vers le centre de l'alvéole, les cellules épithéliales prennent une forme étoilée; leur protoplasma émet de fins prolongements qui s'anastomosent avec ceux des cellules voisines. On retrouve cet aspect particulier dans tous les points de la préparation; en quelques endroits, il y a formation de petites cavités kystiques aux dépens d'une alvéole, dont les cellules centrales sont liquéfiées.

La structure de cette tumeur répond donc en tous points à celle de l'*épithélioma adamantin* des maxillaires, tel qu'il a été décrit par Malassez. L'identité est complète entre la structure des boyaux épithéliaux et celle de l'*organe adamantin* d'une dent en voie de formation.

La tumeur infiltre le maxillaire dans toute son épaisseur; l'os est réduit à une simple coque en dedans et en dehors : cette coque

osseuse est d'ailleurs en voie d'atrophie, et le processus de destruction des travées osseuses est à ce niveau en pleine activité avec ostéoblastes nombreux (ostéite raréfiante).

Il y a dans cette observation deux points intéressants : c'est, d'une part, la nature de la tumeur, et, d'autre part, la technique opératoire suivie.

En ce qui concerne la nature de la tumeur, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma adamantin d'abord *kystique*, et qui récidiva, après grattage et cautérisation, sous forme d'une tumeur solide.

Dans un travail récent, M. Ferrero (1) discute longuement les théories pathogéniques diverses de ces tumeurs, et il conclut, pour la plupart des cas, à la théorie pathogénique émise, en 1884, par Malassez et aujourd'hui classique.

La dénomination d' « adamantrinome », soit kystique, soit solide, me paraît préférable à celle d'épithélioma. De la sorte, on n'aborde pas la question si controversée des épithéliomas, dits bénins, dont il a été question ici récemment.

J'ajouterai que dans certains kystes des maxillaires, l'épithélium adamantin a été recherché en vain, et Carmelo (2) fait de ces exceptions des cas d' « ostéomes kystiques » bénins.

Ces adamantrinomes peuvent, parfois, être multiloculaires. Dans un travail récent, Cignozzi (3) a réuni quarante-cinq observations de cisto-adamantinomes multiloculaires. Il insiste sur la récidive locale, fréquente, mais bénigne.

Le deuxième point intéressant qu'il importe d'envisager, c'est la question de la technique opératoire. Chez sa malade, M. Morestin a fait, par la voie buccale, une résection partielle de la mâchoire, et aujourd'hui, trois ans après, sa malade ne présentait pas encore de récidive. M. Morestin n'a pas fait de prothèse, soit immédiate, soit secondaire.

Tout d'abord, M. Morestin a-t-il eu raison de faire une hémi-résection? Je le pense, étant donnée l'extension de la tumeur.

Je rappellerai, toutefois, que dans une séance précédente, j'ai présenté ici un malade à qui j'avais fait une résection maxillaire assez étendue pour un fibro-chondrome occupant les deux faces de l'os. Or, notre collègue, M. Sebileau, nous a fait remarquer combien on pouvait et on devait être parcimonieux pour les tumeurs bénignes des mâchoires.

(1) Ferrero. Adamantinomes de la mâchoire inférieure. *Riforma medica*, 6 janvier 1906.

(2) Carmelo. *Gazetta degli ospedali*, 6 janvier 1907.

(3) Cignozzi. *Riforma medica*, 6 octobre 1906.

Je n'ai observé que deux cas de kyste du maxillaire. L'un siégeait sur la mâchoire inférieure; il était très volumineux et probablement multiloculaire. Je l'ai observé dans le service de M. Monod, en 1898; la malade a refusé l'opération. Dans le deuxième cas, chez un malade de l'hôpital de la Charité en 1899, il s'agissait d'un gros kyste de la mâchoire supérieure. Je l'ai extirpé, mais je n'ai pu avoir l'examen histologique.

Certaines tumeurs du maxillaire, même intitulées épithéliales, peuvent être justiciables d'une exérèse limitée. C'est ainsi que, en 1901, dans le service de mon maître, M. Picqué, j'ai eu l'occasion, à l'hôpital Bichat, d'opérer une femme de cinquante et un ans qui, depuis six ans, avait une tuméfaction au niveau du maxillaire inférieur, près de l'angle. La tumeur avait fini par présenter le volume d'une mandarine. La malade refusant l'hémi-résection de l'os maxillaire, je fis l'énucléation pure et simple de la tumeur. J'enlevai, en outre, un ganglion sous-maxillaire. Or, depuis l'opération, il n'y a pas eu l'ombre de récidive. L'examen histologique de la pièce, fait par M. Macé, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Je n'ai donc fait ici qu'une résection partielle, bien malgré moi il est vrai, et la tumeur n'a pas récidivé encore aujourd'hui, six ans après l'opération.

J'ajouterai, d'autre part, que chez sa malade M. Morestin a fait la résection osseuse par la voie buccale sans plaie ni cicatrice cutanée, suivant la méthode esthétique qui lui est chère.

Reste un dernier point à discuter : c'est la question de la prothèse immédiate ou secondaire. M. Morestin ne l'a pas essayée et sa malade est restée peu déformée. Elle s'est mariée avantageusement, et le facies n'est pas disgracieux, paraît-il.

Si on se reporte aux publications lyonnaises, nous y voyons fréquemment employée la prothèse immédiate de Cl. Martin pour les résections maxillaires.

Je crois que l'emploi de la prothèse immédiate est moins fréquent à Paris. Cette méthode exige des soins continus et patients. Le malade que je vous ai présenté ici n'a conservé son appareil que peu de temps. Il ne pouvait venir à Paris pour le faire surveiller et modifier, aussi il l'a abandonné au bout de quatre mois.

Je rappellerai qu'en décembre dernier notre collègue Sébileau a présenté ici un nouveau genre de prothèse maxillaire.

Comme conclusion, je vous propose de remercier M. Morestin de cette observation très intéressante et de l'inscrire en première ligne sur la liste des distingués chirurgiens des hôpitaux, candidats pour la place vacante à la Société de chirurgie.

M. J.-L. Faure. — J'ai opéré à l'hôpital Laënnec, il y a une dizaine d'années, un homme de soixante ans qui présentait un cancer du plancher de la bouche, adhérant au maxillaire inférieur. Je lui enlevai le plancher de la bouche par la région sus-hyoïdienne, mais je laissai un arc osseux de 1 centimètre de hauteur en exécutant un véritable dédoublement du maxillaire inférieur. Le résultat plastique fut parfait; quant au résultat thérapeutique, il ne fut pas moins bon, puisque le malade, que j'ai revu souvent, mourut trois ans après d'hémorragie cérébrale sans trace de récidive locale ou ganglionnaire.

M. Walther. — Je tiens à appuyer ce que vient de dire mon ami M. Mauclaire, des résections partielles, parcimonieuses, du maxillaire inférieur.

Il est certain que parfois, alors même que la nature de la tumeur semble exposer à une récidive rapide, une résection partielle du maxillaire peut donner un excellent résultat. J'entends ici une résection dépassant encore largement, bien entendu, les limites de la tumeur, mais conservant intact l'arc osseux. Il suffit en pareil cas de garder une mince bande du bord inférieur très épais, très dur, comme éburné, du maxillaire.

J'ai revu avant-hier matin à la Pitié une toute jeune femme que j'avais opérée dans ces conditions il y a six ans. Elle avait une petite tumeur sessile développée dans une alvéole du côté droit de la mâchoire inférieure. Mon interne, M. Mahar, fit, sur mon conseil, une ablation à la curette en grattant largement, en évidant l'os autour de la tumeur.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

La récidive ne tarda pas du reste à se produire et environ deux mois plus tard, la malade revint avec une tumeur plus volumineuse faisant corps avec le maxillaire, infiltrée dans l'os.

Je fis alors une large résection, enlevant tout l'os depuis l'incisive latérale jusqu'à la branche montante, mais en conservant une très mince bande du bord inférieur. Cet arc osseux n'avait certainement pas plus de 2 à 3 millimètres de hauteur.

Je craignais que cette minceur ne l'exposât à céder, à se fracturer très facilement.

Il n'en a rien été et le résultat est parfait.

Il n'y a aucune déformation et malgré nos craintes de récidive imminente (l'examen de la tumeur récidivée avait donné le même résultat : sarcome à petites cellules), la malade est restée depuis six ans en parfait état.

Je crois donc qu'en pareil cas, nous devons tout tenter pour

conserver la forme de la mâchoire, pour garder un arc osseux, si mince qu'il soit.

Présentations de malades.

M. Paul Thiéry. — J'ai l'honneur de présenter un jeune homme de vingt-neuf ans, ouvrier à la Monnaie, atteint de botryomycose de la face dorsale de la main. Après mes multiples présentations sur ce sujet, je considère le fait comme presque banal, mais rarement il m'avait été donné d'assister dès le premier jour à l'évolution clinique de cette curieuse lésion. Le 16 février, cet ouvrier se présenta à moi ayant été piqué, dit-il, par une bavure d'argent. Dès le 19 février, la plaie avait pris l'aspect d'un furoncle et je fis ce diagnostic ne croyant pas devoir admettre un accident du travail. Le 21 février, l'aspect de la lésion était tout différent; il y avait phlyctène purulente, dont j'abrasai l'épiderme. Le 3 février, il y avait abcès d'aspect anthracoïde, que j'incisai à Tenon. On fit des pansements jusqu'au 13 mars; à cette date, la plaie était presque cicatrisée, encore recouverte de croûtes. Je conseillai la reprise du travail. Le 19 mars, B... se présentait de nouveau à moi, porteur d'une botryomycose type avec bourgeon framboisé, végétant, entouré d'une collerette épidermique décollée : le diagnostic clinique de botryomycose me parut évident. Je dois reconnaître qu'aujourd'hui la lésion a encore changé d'aspect et est moins typique que le 19 mars. Je crois cependant que le diagnostic doit être maintenu et après ce que j'ai vu à ce moment, je n'hésite pas à penser que la botryomycose peut, dans certains cas, être considérée comme résultant nettement d'un accident du travail. J'en ai déjà observé un cas très net chez un garçon boucher où le botryomycome résultait d'une blessure du travail par coup de couteau.

M. F. Legueu. — Je demande à mon ami Thiéry sur quels caractères il se base pour affirmer ici la botryomycose.

M. Antonin Poncet. — Je ne mets pas en doute le diagnostic de M. Thiéry, quoique la tumeur occupe un siège qui n'est pas habituellement celui des botryomycomes. Elle se trouve, en effet, sur la face dorsale de la main, tandis que celles que j'ai observées, siégeaient plus volontiers sur la paume de la main, sur les doigts.

On peut, du reste, rencontrer des botryomycomes dans toutes les régions, surtout dans les régions découvertes, mais aussi sur le tronc, sur les membres. Avec mon chef de laboratoire, le Dr Dor,

nous en avons rapporté un cas de l'épaule, et, l'année dernière, M. Tixier en a signalé un de la cuisse.

Traitement d'une ostéite tuberculeuse du sternum par les compresses de chlorydrate d'ammoniaque avec amélioration considérable.

M. Paul Reynier. — Je vous présente aujourd'hui une malade atteinte d'ostéite bacillaire du sternum.

Cette malade a vu sa région sternale devenir douloureuse il y a quatorze mois. Peu à peu cette région se déformait et elle venait au mois de décembre me trouver se plaignant de douleurs dans la poitrine, douleurs très pénibles; en même temps, quand on faisait découvrir la malade on constatait que la région sternale bombait en avant; le sternum était très élargi et, sous la peau rouge il semblait qu'il y avait menace de suppuration.

Je la mis à la viande crue et au vin iodé, et je lui conseillai d'appliquer tous les soirs des compresses trempées dans une solution aseptique de chlorhydrate d'ammoniaque saturée. En effet, sous l'influence de ces applications, j'ai vu comme sous l'influence des compresses d'eau salée souvent des lésions tuberculeuses s'amender et disparaître. Cependant ici la lésion me paraissait grave et j'avoue que je n'avais qu'une confiance limitée dans mon traitement. Or, un mois après, elle me revenait ne souffrant plus, sa région sternale s'étant affaissée.

Elle a continué ce traitement jusqu'à ce jour, et dernièrement elle revenait me voir, tellement améliorée que j'ai cru intéressant de vous montrer ce résultat. Il faut en effet aujourd'hui savoir dans quel état elle était, quand elle est venue me trouver, pour voir qu'il y a encore un os un peu gros, qui me fait continuer ce traitement, persuadé que nous arriverons à la guérison complète.

Corps étranger des bronches.

M. Guisez présente un malade auquel il a extrait un os des bronches, par bronchoscopie. — Rapporteur, M. Walther.

La prochaine séance aura lieu le mercredi **10 avril 1907**.

Le Secrétaire annuel,
A. Ricard.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre de M. le Dr MORESTIN, réclamant contre l'omission de son nom sur la liste des candidats à la Société de chirurgie.

3°. — Une lettre de M. SOULIGOUX, priant qu'on l'inscrive sur la liste des candidats à la Société de chirurgie.

4°. — Une lettre de M. HENNEQUIN, demandant à être nommé membre honoraire.

Lecture.

Hydrorachis traumatique aiguë,

par M. F. MOTY.

L'observation qui suit tire son intérêt de sa rareté apparente, quelles que soient l'exactitude du diagnostic posé et la légitimité de la dénomination que je propose, pour des symptômes qui n'ont, je crois, pas encore été décrits.

D..., cavalier au 8ᵉ hussards, entre, le 20 février 1907, à l'hospice mixte de Verdun pour chute sur la tête au manège.

L'accident est survenu le 8 février; la tête a porté sur un sol mou de sciure de bois; il n'y a pas eu de syncope, mais une douleur violente à la nuque. Il entre aussitôt à l'infirmerie, où son médecin-major, le Dʳ Brico, ne constate ni fièvre ni signes de commotion; la douleur ressentie immédiatement après la chute persiste malgré les massages; elle permet quelques mouvements de rotation de la tête, mais les mouvements de flexion et d'extension sont très limités.

Le 11, on croit percevoir un certain gonflement dans la moitié droite de la nuque; contracture musculaire selon toute apparence.

Dans la soirée du 19, la température s'élève au voisinage de + 39 degrés et le malade est envoyé à l'hôpital. A son entrée, le thermomètre marque + 39°2 et le pouls est à 112. Aucune lésion des téguments, aucune modification des lignes extérieures du cou, mais langue légèrement blanche, face anxieuse et violentes douleurs de tête; pupilles et réflexes patellaires normaux; aucun signe d'hystérie, d'après les recherches de mon aide-major, M. Bovier-Lapierre.

Le malade accuse toujours les mêmes symptômes du côté de la colonne cervicale et déclare même que la douleur a augmenté depuis son accident; il tient son cou raide et s'oppose instinctivement aux mouvements passifs que l'on tente de lui imprimer; ses plaintes sont continuelles et le sommeil fait défaut depuis trois jours.

Ponction lombaire avec une aiguille fine de l'appareil de Potain à défaut de canule spéciale, et issue d'un liquide clair qui jaillit avec force et dont on recueille rapidement de 30 à 40 grammes. Le liquide examiné contient quelques globules rouges intacts paraissant provenir de la blessure d'un capillaire par l'aiguille.

Peu après la ponction, la douleur cesse presque complètement; le malade peut fléchir et étendre la tête, ce qui lui avait été impossible depuis son accident, et son facies, naguère méningitique, retrouve son expression normale.

Le lendemain, 21, la température tombe à 37 degrés; le 22, elle remonte passagèrement à 39 degrés, mais les douleurs cervicales ne

reparaissent pas, et il ne survient qu'une céphalalgie frontale qui cède, pendant la nuit suivante, au bromure de potassium. Le lendemain, la convalescence s'établit définitivement.

Sorti par congé, le 13 mars 1907.

En publiant cette observation, nous avons pour but d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur une lésion de la séreuse rachidienne qui n'a pas été décrite, mais qui doit se rencontrer assez fréquemment dans les accidents susceptibles de produire une entorse cervicale au même titre que l'hydarthrose dans les entorses des grandes articulations, et qui sera facilement diagnostiquée à l'avenir par les ponctions rachidiennes, si heureusement introduites en chirurgie par notre collègue Tuffier.

Pour être tout à fait exact, il faudrait dire hyperhydrorachis, mais le terme choisi est plus simple et suffisamment clair, à notre avis.

Peut-être la fièvre observée résultait-elle de la résorption du sang extravasé dans la profondeur, mais, ce qui est certain, c'est que la ponction rachidienne s'est montrée le remède héroïque des douleurs extrêmement violentes attribuables à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et qui simulaient, à s'y méprendre, celles de la méningite cérébro-spinale.

En résumé, nous nous sommes trouvé en face d'une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien consécutive à une entorse cervicale; cette hypersécrétion a pour signe une augmentation des douleurs quelques jours après l'accident et la forte pression du jet fourni par la ponction rachidienne.

La disparition de la douleur après cette petite intervention montre que la tension du liquide est la seule, ou du moins la principale cause du mal, et le traitement se fait en même temps que le diagnostic.

J'ai souvenir d'avoir vu un cas du même genre chez un instructeur de Saumur, à une époque où l'on ne ponctionnait pas le rachis; il a guéri, mais il a conservé de vives douleurs pendant plusieurs semaines.

Rapport.

Kystes hydatiques de l'humérus,
Par M. le Dr DANIEL J. CRANWELL (de Buenos-Ayres).

Rapport par M. LEJARS.

M. le Dr Cranwell, de Buenos-Ayres, nous a envoyé un intéressant mémoire sur deux cas de kystes hydatiques de l'humérus, qu'il a opérés ; ce sont là des faits rares, assez mal connus : M. Cranwell rappelle que, dans le livre qu'il publiait, en 1901, avec le Dr Herrera Vegas, sur les kystes hydatiques de la République Argentine, il n'avait pu trouver, sur 970 observations, que 4 exemples de kystes hydatiques des os ; depuis, il s'est attaché à rassembler les observations publiées de ces hydatides osseuses ; il en a réuni 82 cas, dont 14 se rapportent à l'humérus, et la statistique récente de M. Frangenheim, qui se chiffre par un total de 102 faits, ne comporte, elle aussi, que 14 kystes huméraux.

Deux cas nouveaux, bien étudiés, représentent donc une contribution de grande valeur, et le rôle du rapporteur se bornera à résumer, de façon aussi précise que possible, l'histoire des deux malades, et les conclusions que l'auteur en a tirées, en particulier quant au diagnostic et au traitement opératoire.

La première observation de M. Cranwell se rapporte à une femme de cinquante-six ans, Argentine, qui entrait dans son service le 27 février 1905. Depuis cinq ou six mois, elle souffrait de douleurs dans l'épaule et le coude droits, intenses surtout pendant les mouvements, et si aiguës, parfois, qu'elle était forcée de laisser tomber l'objet qu'elle tenait à la main ; ces douleurs se cantonnèrent bientôt à la face postérieure du bras et ne cédèrent à aucune médication. Un jour, par hasard, en se lavant, la malade s'aperçut de la présence, en arrière du bras, d'une tumeur, grosse comme une noix, mobile, indolente : la tumeur se développa, et, au bout d'un mois, avait les dimensions d'un œuf de poule. Un médecin, consulté, déclara que c'était un lipome, et se mit en devoir de l'enlever ; or, au cours de l'anesthésie, pendant la période d'excitation, le bras droit, que tenait un aide, se fractura dans un mouvement brusque. Devant cet accident on s'arrêta, et l'on se borna à mettre un plâtre.

Vingt jours après, le plâtre était retiré : la tumeur — le soi-

disant lipome — avait disparu, mais, à quelques jours de là, une autre se montrait à la partie inféro-antérieure du bras, et finalement la malade entrait dans le service de M. Cranwell.

Il constatait alors une fracture du bras droit, au tiers moyen, avec un gros œdème du bras et de l'avant-bras, et très peu de douleur ; on trouvait, de plus, dans la même zone, une série de tumeurs dures. Un nouvel appareil est installé, et, au bout de quelque temps, la fracture se consolide ; mais les tumeurs sont devenues plus grosses et plus nettes ; elles sont arrondies, lisses, indépendantes de la peau, adhérentes profondément ; l'une d'elles, du volume d'une orange, occupe la face antérieure du bras, en bas ; deux autres, plus grosses, siègent en arrière. On est incertain sur leur nature, et l'on attend jusqu'au mois d'août.

A ce moment, la tumeur antéro-inférieure devient rouge et douloureuse, elle s'abcède : on incise, et l'on voit sortir, avec le pus, de nombreuses vésicules hydatiques ; peu de jours après, les tumeurs rétro-humérales s'abcèdent également : on les ouvre et l'on trouve le même contenu ; d'autres collections du même genre se forment et sont incisées ; puis de petits séquestres s'éliminent par les fistules consécutives. En décembre, une radiographie — que je vous présente — montre que l'humérus, d'aspect normal dans son tiers inférieur, est élargi, dans ses deux tiers supérieurs, et occupé par des zones transparentes très irrégulières et de dimensions variées ; on intervient de nouveau, en curettant les fistules et l'os dénudé. A peu de temps de là, très améliorée, mais non guérie encore, la malade quitte l'hôpital ; on ne l'a pas revue.

Dans la seconde observation, la guérison complète a été obtenue ; il s'agissait, cette fois, d'un kyste non infecté et intra-osseux. Le sujet était un jeune Urugayen de vingt et un ans ; en janvier 1906, il tombe sur le bras gauche et se fait une fracture de l'humérus ; on applique un plâtre, et la consolidation se produit lentement. En juin, il tombe de nouveau, et l'humérus se « refracture » au même endroit. M. Cranwell, qui voit alors le malade, constate un bras en massue, l'humérus étant fortement élargi dans son tiers inférieur, aminci et entouré de muscles notablement atrophiés dans ses deux tiers supérieurs ; à 4 centimètres environ au-dessus des condyles, on constate une fracture, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, très mobile, indolente, sans œdème ni ecchymose : dans cette région, au palper, l'os s'aplatit et donne une sensation particulière, « celle qui se produit en prenant avec les doigts une coquille d'œuf ». La radiographie est pratiquée ; la voici, elle est fort curieuse : toute la diaphyse humérale est élargie dans ses deux tiers inférieurs et complètement transpa-

rente ; en bas, on trouve la ligne oblique de fracture, très irrégulière, comme si l'os était brisé en plusieurs points ; à l'examen radioscopique des autres os, on reconnaît que, seul, l'humérus gauche présente cette transparence singulière. Sur ces données, et instruit par le premier fait que je résumais tout à l'heure, M. Cranwell conclut à une fracture spontanée par kyste hydatique huméral ; il intervient.

Une incision est pratiquée sur le bord externe du biceps ; on arrive sur l'os, réduit à une sorte de tube parcheminé ; avec des ciseaux, on sectionne la très mince couche corticale et l'on ouvre la cavité diaphysaire, toute remplie de vésicules hydatiques, vésicules dont la grosseur varie de celle d'un grain de millet à celle d'une noix, libres pour la plupart et d'extraction facile, les plus périphériques accolées à l'écorce osseuse, adhérentes, et nécessitant l'emploi de la curette. On vide tout le canal osseux : par une incision complémentaire, en arrière et en bas, on achève d'évacuer les vésicules incluses dans le foyer de fracture. Ceci fait, « on verse dans l'intérieur de la cavité une forte solution de formol », et, enfin, l'on suture, en laissant un petit drain. Le bras est immobilisé dans un appareil. Le 25 novembre, la cicatrisation était complète, la fracture consolidée, la guérison définitive.

Voici donc deux observations fort curieuses à joindre aux quatorze faits jusqu'ici publiés de kystes hydatiques huméraux. M. Cranwell les fait suivre de quelques réflexions intéressantes.

Tout d'abord, pour lui, la très grande majorité des kystes hydatiques des os appartiennent à la forme commune, et non à cette forme alvéolaire que Virchow avait décrite, qui est exceptionnelle, même au foie, et dans les pays où, comme dans la République Argentine, les hydatides sont très fréquentes, et avec laquelle les kystes osseux ne présentent que des ressemblances grossières. Né en plein tissu osseux, le plus souvent, d'après M. Gangolphe, dans la région juxta-épiphysaire, le kyste hydatique se développe dans l'épaisseur de l'os : il y est inclus, et ainsi en était-il dans la seconde observation, relatée plus haut, ou bien il émerge et se répand dans les parties molles ambiantes (première observation) ; il atrophie et détruit progressivement tout le tissu spongieux et réduit à un amincissement de plus en plus marqué la couche compacte ; il peut envahir et distendre l'os tout entier ; il ne produit aucune réaction médullaire ni périostique, aucun épaississement périphérique, au moins tant qu'il n'est pas infecté. Les kystes infectés s'accompagnent, en effet, d'ostéomyélite, et leur contour osseux en devient plus épais et plus

dense ; leur aspect radiographique s'en trouve aussi modifié, comme nous allons le voir.

Dans les kystes intra-osseux, la fracture spontanée est si fréquente, qu'elle constitue un véritable élément de diagnostic, et cela, surtout, par les caractères qu'elle revêt, dans les kystes non suppurés : elle est indolente — elle ne s'accompagne pas d'ecchymose, le tissu osseux et les vaisseaux étant détruits, ne saignent plus — elle ne donne pas de crépitation — à son niveau, l'os n'est pas épaissi, enveloppé d'une masse profonde, comme il arrive dans les fractures spontanées par néoplasmes; il est élargi, au contraire, distendu, comme soufflé, dépressible — enfin, elle n'a aucune tendance à se consolider.

Une fracture spontanée de ce genre, doit faire penser au kyste hydatique : la radiographie devient, pour ce diagnostic, un précieux auxiliaire. Elle montre l'os occupé par des cavités transparentes, de dimensions et de formes variées, et que séparent des zones ou des lignes obscures, représentant les restes du tissu osseux; lorsque l'envahissement est complet, toute la diaphyse apparaît transparente, comme sur un os décalcifié; elle semble élargie, en même temps, mais peu déformée; cette transparence empêche le trait de fracture d'apparaître nettement. Lors du kyste infecté, la lucidité est moindre, le pourtour de l'os est plus obscur, par suite des lésions reactionnelles de la moelle restante et du périoste. M. Cranwell insiste sur cet aspect radiographique, qu'il considère comme caractéristique; nous nous permettrons, à ce propos, de faire une simple réflexion : les zones transparentes, de pareille netteté, démontrent bien des cavités kystiques, mais on ne saurait oublier que les kystes hydatiques ne sont pas les seuls kystes des os, et, précisément, dans ces derniers mois, de nombreuses observations ont été publiées de ces kystes non parasitaires des os, dont la pathogénie est, d'ailleurs, fort discutée; toujours est-il qu'ils peuvent figurer de très vastes poches, uniques ou multiples, et donner lieu aux zones transparentes de la radiographie.

Quoi qu'il en soit, il est fort important de recueillir tous ces éléments de diagnostic, et de chercher à reconnaître le kyste hydatique de bonne heure, puisque nous savons qu'il envahit et détruit l'os progressivement et que, à une période avancée, les lésions peuvent devenir irrémédiables et commander un sacrifice considérable. Pourtant, d'après M. Cranwell, et sous cette réserve que l'intervention ne soit pas trop retardée, le pronostic des kystes hydatiques des os n'est pas aussi sombre qu'on l'a parfois admis : il a opéré et guéri, il y a quelques années, un kyste hydatique du tibia, et, des deux observations présentes, l'une s'est

terminée par la guérison radicale, l'autre par une guérison à peu près assurée. Le traitement doit consister dans la trépanation et l'évidement de l'os, dans l'évacuation du contenu vésiculaire, aussi minutieuse et aussi complète que possible, et l'auteur recommande de terminer l'intervention, en versant dans la cavité de l'os vide une solution de formol, qu'on y laisse quelques moments : c'est l'application du procédé indiqué par M. Dévé, et qui est devenu d'usage courant parmi nous.

Tel est, Messieurs, l'important travail de M. Cranwell, auquel je vous propose d'adresser nos remerciements.

Présentation de pièce.

Tuberculose ganglionnaire volumineuse de l'angle iléo-cæcal. — Extirpation. Résection du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle sans lésion apparente; fermeture des deux bouts de l'intestin; entéro-anastomose iléo-colique.

M. P. Michaux. — La pièce que je vous présente a été recueillie par moi ce matin chez un homme de trente-cinq à trente-six ans entré, il y a quelques jours, dans mon service à l'hôpital Beaujon.

Cet homme, de bonne apparence, quoiqu'un peu maigre, présentait dans la partie droite du ventre, sur le bord externe du muscle droit, une tumeur du volume d'une petite poire, dont la grosse extrémité libre faisait sous la paroi une saillie facile à sentir et même à voir; la petite extrémité dirigée dans la profondeur remontait légèrement en haut.

Cette tumeur était indépendante du foie et du rein, indépendante de la paroi abdominale. Le malade en attribuait l'origine à une contusion abdominale violente reçue il y a deux ou trois mois.

La tumeur n'était pas mobile avec le foie, la respiration ne la faisait pas remonter, elle semblait plutôt descendre par l'abaissement du diaphragme.

S'agissait-il d'une tumeur de l'intestin ou de l'épiploon? C'était de ce côté que se dirigeait notre diagnostic, de préférence à un cancer ou à une tuberculose cæcale diagnostiquée par mon interne, M. Rigollot.

La laparotomie a été pratiquée par moi ce matin avec l'aide de mes internes, MM. Rigollot, Simonot et Albert Rendu.

Anesthésie chloroformique. Incision de 12 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Le diagnostic est fait immédiatement : il s'agit bien d'un volumineux ganglion mésentérique, manifestement atteint de tuberculose, sans lésion apparente de l'intestin.

Impossible de songer à l'enlever sans compromettre la vitalité du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle que, malgré son intégrité apparente, nous soupçonnons d'ailleurs d'être le point de départ de cette adénopathie tuberculeuse. Nous décidons donc d'enlever simultanément le cæcum, la terminaison de l'intestin grêle et les ganglions mésentériques envahis.

Les segments intestinaux sont écrasés, fermés par une grosse soie, et la ligature est enfouie par un fil en bourse.

Nous procédons ensuite de dedans en dehors à l'extirpation du segment intestinal isolé et de la masse ganglionnaire adhérente. Le tout est rabattu sur le bord droit du cæcum et extirpé après ligature des vaisseaux, sans hémorragie notable et sans trop de difficultés.

Le mesocæcum est ensuite péritonisé avec soin dans presque toute son étendue, et, pour terminer, nous abouchons l'intestin grêle et le côlon transverse par une anastomose latérale.

L'opération est terminée de la façon la plus satisfaisante, et j'espère bien qu'elle nous donnera un bon résultat.

M. Demoulin a observé des faits analogues d'adénite tuberculeuse péricæcale sans lésions appréciables de l'intestin, et se propose de revenir sur ce point, au sujet d'un rapport dont il a été chargé il y a quelques mois.

M. Michaux. — Les faits auxquels vient de faire allusion mon excellent collègue et ami Demoulin me paraissent légèrement différents de celui que je viens de rapporter.

Ici, il ne s'agit pas d'adénopathies reliées à des appendicites tuberculeuses et développées dans la région du méso-appendice, mais d'une véritable adénopathie mésentérique, dont j'ai cru intéressant d'indiquer la mobilité et les caractères cliniques. J'ai observé, il y a quelque temps, une tumeur plus volumineuse de même nature, occupant un énorme paquet ganglionnaire, que je n'ai pas cru pouvoir extirper.

Dans le cas que je vous présente aujourd'hui, le ganglion, du volume d'un petit citron, était absolument ramolli, caséeux, présentant deux ou trois cavernes. Il n'y avait aucune granulation apparente dans le péritoine et en apparence à la section aucune lésion de l'intestin. Cependant, la paroi supérieure de la termi-

naison de l'intestin grêle était épaissie légèrement, comme parcheminée, et on voyait à ce niveau sur la muqueuse comme un très léger boursouflement des replis. La pièce sera examinée au microscope, et je vous communiquerai les résultats de cet examen.

Élections.

Commission des congés

Votants : 23.

Majorité : 12.

M. Kirmisson . . . . 13 voix. Élu.
M. Routier . . . . 13 voix. Élu.
M. Ricard . . . . 13 voix. Élu.

Le Secrétaire annuel,
Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 17 AVRIL 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaines.

A propos de la correspondance.

1°. — M. Malartic (de Toulon) présente une note intitulée : *Plaie de l'estomac et de l'intestin. Déchirure du mésentère. Pneumothorax. Fractures de côtes. Guérison.*

Renvoyé à une Commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

2°. — Deux observations de M. le Dr Tricot, chirurgien de l'hôpital du Dey, à Alger, portant l'une et l'autre pour titre : *Chute sur le poignet. Luxation du semi-lunaire en avant. Insuccès du traitement conservateur. Ablation finale du semi-lunaire. Résultat satisfaisant.*

Renvoyé à une Commission dont M. Arrou est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

[*Discussion sur les pancréatites.*

M. A. GUINARD. — Je suis heureux que ma communication sur les pancréatites ait amené à cette tribune MM. Monod, Pierre Delbet, Quénu et Faure, et je ne saurais trop les remercier de leurs appréciations. Je ne veux pourtant pas laisser cette discussion se terminer sans préciser quelques points spéciaux.

M. Quénu m'a surtout argumenté sur une phrase de ma communication où il est dit, à propos du diagnostic de la pancréatite suppurée avec les perforations gastriques ou duodénales, que celles-ci ne surviennent pas sans que le malade ait présenté antérieurement des « signes gastriques », des douleurs, des hémorragies, mæléna ou hématémèses. Et il m'accable de l'autorité de M. Dieulafoy qui a écrit : « Pour le duodénum, l'ulcère *latent* est la règle, et, pour l'estomac, l'ulcère *latent* n'est pas rare. »

Comme vous le savez, la pathologie de l'estomac m'intéresse tout particulièrement depuis que j'ai publié, en 1890, mon livre sur la chirurgie du cancer de l'estomac; et j'ai à cœur de vous montrer que les ulcères latents de l'estomac et du duodénum ne me sont pas inconnus. Si je n'en ai pas parlé dans ma communication, c'est qu'il ne saurait, selon moi, en être question pour les observations que j'ai citées. Je m'explique.

Voyons d'abord pour le *duodénum.* L'ulcère du duodénum a presque toujours le même *siège* : « il occupe deux fois sur trois, dit Letulle, les trois ou quatre premiers centimètres de la face antérieure du duodénum » (*Presse médicale*, 20 octobre 1894). Cette notion est absolument classique. Dans la thèse de Collin (1894), sur 262 cas d'ulcères du duodénum, on trouve 242 fois la lésion sur la face antérieure de la première portion du duodénum; il ne saurait donc y avoir de doute sur la constance de ce siège d'élection *en avant*, et Schwartz, Michaux, Letulle, etc., ont insisté sur ce fait. Dans un rapport sur une observation de notre collègue Hartmann (1896, p. 223), Michaux a réuni 111 cas d'ulcères du duodénum, et 68 fois la perforation s'est faite *en avant.*

Il est non moins classique que les ulcères duodénaux ont une tendance générale à perforer la paroi; 69 fois sur cent, dit Collin dans sa thèse, l'ulcère duodénal est perforant; et dans l'article cité plus haut, Letulle écrit : « La duodénite ulcéreuse est plus d'une fois sur deux perforante. » Enfin, pour la plupart des faits

de perforation des ulcères duodénaux, il n'y avait eu antérieurement aucun signe prémonitoire; en d'autres termes, les ulcères duodénaux perforants sont le plus souvent latents, et les premiers symptômes se manifestent au moment même où la perforation se fait. Sur 25 cas de perforation du duodénum réunis ici par Schwartz en 1898 (*Société de chirurgie*, p. 3), cinq fois seulement il y avait eu des signes antérieurs à la perforation (dyspepsie, gastralgie, signes d'ulcère stomacal).

En résumé, l'ulcère du duodénum siège presque toujours *en avant*; il a une tendance à être *perforant* et, le plus souvent, il est *latent* jusqu'à la perforation.

Reste à savoir comment, en clinique, se présente la perforation d'un ulcère latent du duodénum, et si elle peut être confondue avec nos pancréatites suppurées; toute la question est là.

Parcourez notre littérature médicale, et vous verrez qu'en règle générale la perforation d'un ulcère latent du duodénum s'accompagne *toujours* d'une péritonite diffuse suivie de mort rapide.

M. Rochard opère en pareil cas le quatrième jour et son malade meurt deux heures après. A l'autopsie, il trouve l'ulcère duodénal près du pylore au lieu d'élection.

M. Sieur suture un ulcère duodénal sur un alcoolique ancien, son malade meurt trente-six heures après.

M. Loison voit un malade dix-huit heures après le début des accidents; l'état est si grave qu'il n'opère pas; la mort survient vingt-huit heures après. A l'autopsie, il trouve l'ulcère perforé sur la face antérieure de la première portion.

Moi-même j'opère vingt-huit heures après le début des accidents; je suture un ulcère du bord droit de la deuxième portion du duodénum et mon malade meurt, quatorze heures après, de sa péritonite généralisée.

Toutes ces observations ont été citées ici par M. Schwartz dans un rapport très étudié (1898).

M. de Rouville, dans une observation rapportée ici par Tuffier (1905, p. 310), opère un malade huit heures après le début des accidents; mort quarante-huit heures après. Le malade n'avait eu aucun signe prémonitoire. Son ulcère siégeait sur la première portion du duodénum, face postérieure.

M. Tuffier a opéré de même, cinquante heures après le début, un malade qu'il croyait atteint d'appendicite. L'autopsie lui montra un ulcère perforé de la première portion du duodénum, face antérieure.

Je multiplie ainsi les exemples pour bien montrer l'aspect clinique de la perforation de l'ulcère latent du duodénum et je

crois pouvoir dire avec M. Schwartz (*Société de chirurgie*, 1898, p. 15) « qu'il n'existe pas *un seul* cas de guérison sur des malades opérés quarante-huit heures ou plus après le début ».

N'y a-t-il donc pas des cas où une perforation duodénale a donné lieu à une suppuration enkystée? Assurément si; mais alors il y a eu antérieurement des signes abdominaux, de la douleur, etc., et de plus, c'est la grande exception.

Voici M. Routier (1898, p. 17) qui nous cite ici un malade qui meurt de la rupture, dans la grande cavité péritonéale, d'un abcès enkysté au-devant du duodénum. Mais son malade était un vieux dyspeptique.

Voici encore M. Michaux qui opère pour des accidents abdominaux graves. Son malade meurt sept heures après, et à l'autopsie il trouve l'ulcère perforé sur la face antérieure de la première portion du duodénum. Mais avant l'apparition de ces accidents graves, son malade avait été soigné dans un service de médecine pour des phénomènes douloureux.

Voyons maintenant comment se comportent les ulcères perforants de l'estomac. Mais là, je ne veux pas abuser de la tribune pour recommencer une énumération analogue à la précédente. Je dirai seulement que, comme pour le duodénum, la clinique sépare les ulcères latents perforés des ulcères perforés précédés d'un passé gastrique.

La forme perforante des ulcères latents de l'estomac est bien connue depuis l'observation typique de Cruveilhier. M. Michaux a déjà ici, dans un excellent travail (1896, p. 231) rappelé les faits de la thèse de Brayer (1893), et les travaux de Debove, Bourceret, Dieulafoy. Il a déjà remarqué, et tous les médecins sont de cet avis, que la perforation de l'ulcère gastrique est bien moins fréquente, depuis qu'on a appris à mieux soigner l'hyperchlorhydrie en particulier. En ajoutant aux faits de la thèse de Chapt des observations éparses dans la revue de Hayem, etc..., M. Michaux arrive à un total de quarante faits, avec douze ou treize guérisons. « Toutes ces guérisons, dit-il, ont été obtenues par les opérations faites dans les quinze et vingt premières heures; l'observation de Hartmann est le seul fait de guérison observé hors du premier jour. » J'ajouterai même que la perforation des ulcères latents de l'estomac donne des accidents si aigus qu'elle est parfois une cause de mort subite. Brouardel, dans son *Traité de la mort subite*, en a trouvé 8 cas sur 231 morts subites (4 cas pour l'estomac et 4 cas pour le duodénum).

Lisons au contraire les observations dans lesquelles la perforation gastrique a donné naissance à un abcès enkysté : nous verrons qu'il y a eu des signes gastriques antérieurs, probablement

dus à des phénomènes de périgastrite, à la production d'adhérences péritonéales. Dans un mémoire de M. Guibal (*Revue de Chirurgie*, 1904), il y a trois morts de péritonite généralisée, malgré l'ouverture et le drainage, et dans un cas présenté ici en juin 1903, la perforation fut suturée huit heures après le début des accidents; le malade guérit : mais il est bien spécifié que, dans ce cas-là, le malade souffrait depuis deux ans de l'estomac, ne buvait que du lait, etc. De même, dans le cas de MM. Lejars et Courtois-Suffit (*Soc. de Chir* , 1897, p. 735), un ulcère perforé fut trouvé au fond d'une poche purulente enkystée; mais, « depuis longtemps, la malade présentait des signes très nets d'ulcère gastrique ».

Je m'arrête — et je demande s'il y a quelque possibilité de confondre ces pancréatites dont je parle et pour lesquelles on intervient un mois ou plus après le début des accidents avec ces perforations gastriques ou duodénales. Quand j'ai dit que les ulcères gastro-duodénaux perforés étaient précédés de signes spéciaux, je laissais de côté les perforations latentes qui tuent toujours en peu de jours. Voilà ce que je tenais à spécifier. Et cela m'amène à l'observation de MM. Quénu et Duval.

L'opération est faite par M. Duval *quarante-quatre jours* après le début des accidents. Cela déjà n'est guère en rapport avec ce que nous venons de dire de l'aspect clinique des perforations du duodénum et de l'estomac, latentes ou non. Mais voici qui est encore plus caractéristique. M. Duval arrive sur « un gros foyer inflammatoire au centre duquel, sans qu'il soit possible de préciser si la collection est intra ou pré-pancréatique, se trouve un abcès peu volumineux qui est évacué »; mais il ne trouve pas de perforation viscérale, et il conclut : « Le diagnostic opératoire est donc abcès pré ou intra-pancréatique, *probablement* dû à une perforation du duodénum ou de l'estomac... »

Je crois vraiment qu'en pareil cas, on peut conclure à la pancréatite : d'autant plus qu'un abcès dû à une perforation viscérale guérit bien exceptionnellement sans fistule gastrique consécutive, si on n'a pas suturé la perforation. J'ajouterai que le malade avait de l'ictère et de l'angiocholite, ce qui s'accorde assez bien en vérité avec une infection du canal de Wirsung concomitante, le cholédoque s'abouchant avec le Wirsung dans la même ampoule de Vater. Bref, hypothèse pour hypothèse, je préfère celle qui met en jeu l'infection du pancréas. Je pense que dans ce cas-là, M. Duval a été un peu suggestionné par l'estime et l'affection (et jamais d'ailleurs estime et affection ne furent mieux placées) qu'il porte à son maître, M. Quénu, qui avait, avant l'opération, diagnostiqué une perforation de l'estomac. Nous connaissons tous

la dextérité opératoire de M. Duval, et je pense que s'il n'a pas trouvé de perforation de l'estomac ou du duodénum, au cours de son intervention, c'est qu'il n'y en avait pas. Et puis, si une perforation lui avait échappé, il y aurait eu vraisemblablement une fistule consécutive.

Pour résumer ce qui a trait aux ulcères perforants de l'estomac et du duodénum, je dirai donc qu'il faut cliniquement les classer en deux groupes très distincts :

1° Les ulcères latents, avec perforation soudaine, pour lesquels il n'y a pas eu d'antécédents douloureux et, par suite, pas de périgastrite et pas d'adhérences péritonéales;

2° Les ulcères anciens qui ont provoqué longtemps des douleurs ou des hémorragies, avant de perforer la paroi et qui ont donné lieu de ce fait, à des réactions péritonéales péri-gastro-duodénales.

Les premiers tuent en quelques jours ou en quelques heures, ou même en quelques minutes (Brouardel) et ne peuvent donner lieu que très exceptionnellement à une suppuration péritonéale enkystée. D'autant plus que, pour le duodénum en particulier, la perforation se fait à peu près toujours *en avant*, c'est-à-dire du côté de la grande cavité péritonéale. Il n'y a donc même pas à y penser lorsqu'on voit un malade un mois, six semaines ou deux mois après le début des accidents.

Quant aux seconds, ils donnent naissance à une infection péritonéale qui se limite et s'enkyste précisément parce qu'il y a eu de la périgastrite douloureuse prémonitoire, et c'est pour eux que j'ai écrit la phrase trop peu explicite qui a été relevée par M. Quénu.

Une seconde objection m'a été faite et M. Delbet l'a formulée très prudemment avec la précision stricte qui caractérise sa manière. Faut-il baptiser pancréatites toutes les suppurations rétro-péritonéales, tous les pyo-pneumo-thorax sous-phréniques? Ainsi formulée, l'objection a une grosse valeur. Cependant je dirai que c'est ici par *analogie* et par *exclusion* qu'il faut raisonner. Par analogie, c'est ce qu'a fait mon ami M. Faure, qui nous apporte deux observations : dans la première, il diagnostique une perforation d'ulcère stomacal et draine l'abcès; ultérieurement il reste une fistule par où s'écoule du suc pancréatique : le diagnostic s'impose; aucun doute possible. Quelque temps après, il opère un cas *analogue* : mais cette fois il n'y a pas de fistule pancréatique ultérieure; il n'en conclut pas moins à une pancréatite, et il a bien raison. C'est comme pour l'appendicite, pourrait-on dire : avons-nous maintenant besoin d'avoir l'appendice dans la main pour diagnostiquer une crise d'appendicite? et quand nous ou-

vrons un abcès de la fosse iliaque droite sans voir l'appendice, hésitons-nous à lui donner l'infection appendiculaire pour cause ?

M. Delbet fait remarquer que chez ma malade, les urines et les selles étant normales, le pancréas fonctionnait bien. Mais, dans cette question encore toute à l'étude, j'en conclurai non pas qu'il ne s'agissait pas d'une pancréatite, mais qu'il y a des pancréatites localisées ou partielles qui laissent indemnes une masse glandulaire suffisante pour assurer le fonctionnement physiologique normal de l'organe.

J'ai dit aussi qu'il fallait raisonner par exclusion. Il me semble en effet qu'en présence d'un abcès rétrogastrique, lorsqu'on a éliminé le foie, la vésicule biliaire, le duodénum, l'estomac, le rein, qui, selon moi, ne peuvent donner lieu à une suppuration à *début violent et à marche lente*, après avoir attiré l'attention par tout un passé spécifique, il ne reste vraiment plus que le pancréas à incriminer comme foyer initial de l'infection.

Et c'est pour cela que la communication de M. Monod m'a été particulièrement agréable. Au lieu de chercher si mon observation concernait bien vraiment une suppuration pancréatique, il est remonté dans ses souvenirs pour voir si le présent ne pouvait pas, dans une certaine mesure, éclairer le passé : et il nous rapporte une observation qu'il a publiée il y a dix ans, sous le titre de *pyothorax sous-phrénique*, et qu'il étiquette, à la lumière des faits nouveaux, pancréatite suppurée. Et il nous cite ces 176 abcès sous-phréniques de la thèse de Lang en 1895, sur lesquels on ne pense pas une seule fois au pancréas tout en notant trente-cinq fois : cause inconnue.

Dans ce même travail de Lang, on peut voir que la voie trans-pleuro-péritonéale a donné plus de succès que les autres modes d'incision : ce qui vient à l'appui de mes conclusions premières. Mais là, à l'unanimité, vous avez conclu comme moi qu'il fallait marcher au pus et l'attaquer là où il vient pointer. Je n'insiste donc pas.

Je demeure convaincu, avec M. Monod, que toute cette pathogénie des abcès sous-phréniques est à réviser, et je serai heureux pour ma part d'y avoir contribué si peu que ce soit. Et comme dernier mot de cette discussion, permettez-moi de répéter encore mon le leit-motiv de la chirurgie péri ou para-gastrique : *Pensons au pancréas.*

Discussion sur le tétanos céphalique et le traitement du tétanos.

M. Ed. SCHWARTZ. — Le cas que nous a présenté notre collègue Guinard est un cas typique de tétanos céphalique, dont j'ai exposé l'histoire il y a tantôt vingt ans, dans un mémoire publié dans la *Revue de chirurgie* en collaboration avec notre regretté collègue Terrillon (*Revue de chirurgie*, p. 44, 1888). Nous avions alors proposé, pour bien montrer la physionomie de la maladie, le nom de trismus hémiplégique. Nous avions montré aussi en colligeant les observations publiées au nombre de dix-huit, que le tétanos céphalique paraissait moins grave et que sa mortalité se chiffrait par 36 p. 100, alors que Mathieu, sur un ensemble de 2.034 cas de tétanos, arrivait au chiffre de 88 p. 100 de morts.

Il semble que, pour cette variété de tétanos, le pronostic peut ne pas être mauvais, même lorsque l'incubation dure au-dessous de huit jours. Le blessé de M. Guinard en est une preuve, puisque les accidents débutent cinq jours après la blessure et malgré tout, il guérit la maladie ayant pris une forme chronique. Notre collègue cherche à expliquer la moindre durée de l'incubation par la brièveté des rameaux du trijumeau, les toxines ayant un chemin moindre à parcourir à travers les nerfs craniens. Il ne semble pas, d'après les observations que nous avons rassemblées, que cette explication soit bien valable, car, dans plusieurs cas, l'incubation a duré huit, neuf et même douze jours.

Pouvons-nous arguer de son fait une bonne action du sérum antitétanique. Je n'oserai aller aussi loin; un cas observé au mois de novembre dernier et dont je vous rapporterai l'histoire, s'est terminé très rapidement par la mort. Par contre, je suis persuadé que la sérothérapie préventive faite immédiatement, la plus rapprochée possible de la blessure et renouvelée les jours suivants chez les blessés suspects, quant à la profession, au milieu et aux conditions de leur accident, est efficace. Je suis en cela de l'avis de notre collègue Bazy. Jamais dans mon service, où tous les blessés reçoivent à leur entrée, une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, je n'ai observé le moindre accident sérieux attribuable à cette manière de faire. Par contre, je n'ai plus vu de tétanos se déclarer. Chez des malades apportés du dehors auxquels l'injection n'avait pas été faite étant donné le temps écoulé, nous avons observé l'explosion de quelques cas de tétanos. En résumé, autant j'ai confiance dans la sérothérapie préventive, autant j'en ai peu dans son action une fois que le tétanos est déclaré.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de tétanos céphalique qui, lui aussi, a guéri. En voici la relation :

Le nommé Ch..., couvreur, âgé de trente-trois ans, légèrement éthylique, tomba, le 16 novembre 1905, d'une hauteur de 3 mètres d'une échelle sur le sol d'un hangar dans une usine d'engrais à Aubervilliers, où l'on traite la viande de cheval pour la pulvériser. Ce hangar sert à faire sécher les viandes. Il tomba sur le nez, qui fut fendu par une plaie siégeant surtout à droite. Celle-ci saigna abondamment et fut immédiatement pansée par le médecin de l'usine. Il fut amené à l'hôpital Lariboisière, où on lui fit une suture de la plaie et un lavage du nez. Il rentra chez lui et ne s'occupa plus de sa blessure. Tout allait bien, quand le 22 novembre au soir, soit six jours après l'accident, il remarqua une raideur des mâchoires et une difficulté de mastiquer pendant son dîner. Le lendemain, la contracture était très évidente, le trismus très serré s'accentuait encore toutes les fois qu'il cherchait à ouvrir la bouche; c'est à peine si pendant les crises il peut parler, tellement les dents sont serrées. Il ne peut plus absorber que des aliments liquides, qu'il s'insinue à l'aide d'une verseuse. Le samedi 25 novembre, soit trois jours après le début, le malade s'aperçoit qu'il ne peut plus fermer l'œil droit et que sa figure est de travers. Il vient nous consulter le 27 à l'hôpital Cochin. Voici ce que nous constatons. Plaie siégeant sur la moitié droite du nez, verticale, réunie, non douloureuse. Trismus très marqué; il ne peut desserrer les dents et le masséter droit est le plus fortement contracturé. En même temps, tous les signes d'une paralysie faciale droite. La moitié droite du visage est tirée à gauche par la contracture des muscles du côté non paralysé. Impossibilité de fermer l'œil droit. Pas de contractures des muscles de la nuque et du dos. Pas de dysphagie. Le pouls est à 72. La température est à 36 (axillaire). Etant donné que le mal date de onze jours déjà, que le pouls et la température restent normaux, malgré la petite durée de l'incubation, comme il s'agit d'un tétanos céphalique, je porte un pronostic relativement bénin, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une aggravation. Le blessé est traité par l'isolement dans une chambre obscure. On lui injecte en deux fois par vingt-quatre heures, 20 centimètres cubes de sérum antitétanique sous la peau. Il prend en même temps 6 grammes de chloral.

Le 28 novembre, encore 10 centimètres cubes de sérum, 8 grammes de chloral; le pouls est monté à 80, la température à 37°8. Mais, en somme, l'état reste peu grave. Constipation très opiniâtre combattu par des purgatifs.

On cesse le sérum antitétanique pour n'en faire encore une injection de 10 centimètres cubes que le 5 décembre, tout en continuant le chloral.

Peu à peu, les crises diminuent, quoiqu'il ait encore fait 38 et 39 degrés le 14 décembre après qu'on lui eût cessé le chloral pendant trois jours. On lui rend le chloral et tout rentre dans l'ordre, de façon qu'il sorte sur sa demande le 16 décembre, gardant encore sa paralysie faciale droite. Nous avons eu des nouvelles de lui depuis. Il est complètement guéri, sans avoir pu nous préciser le moment où sa paralysie a disparu.

Tel est le fait que nous avons eu l'occasion d'observer. Il se rapproche de celui de notre collègue Guinard par la durée de l'incubation qui a été de six jours, par la marche chronique de la maladie, par sa guérison.

Nous avons employé ici les injections sous-cutanées de sérum antitétanique concomitamment avec des doses de 6 à 8 grammes de chloral, sans faire d'injection intra-rachidienne.

M. Guinard, chez son malade qui paraissait avoir une forme peut-être plus sévère que le nôtre, a fait, après évacuation de 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, une injection intra-rachidienne de sérum antitétanique, plus 21 injections sous-cutanées de 10 centimètres cubes, en même temps qu'on administrait le chloral à la dose de 10 grammes par jour. Il a guéri.

Voici l'observation à laquelle je faisais allusion plus haut. Le nommé B..., maraîcher, âgé de vingt ans, s'est fait, le 10 novembre 1906, une petite plaie au médius droit en remuant des claies de jardinier. Il ne prête aucune attention à sa blessure et continue à travailler, à remuer la terre ; cinq jours après, le 21 novembre, il est pris de trismus et on nous l'amène le 23 novembre en proie à un tétanos nettement confirmé. Le pouls est à 115, la température axillaire marque 37. Les crises sont très violentes, généralisées avec opisthotonos. Nous lui faisons, dès son entrée, à 2 heures de l'après-midi, l'amputation du doigt, puis on lui retire 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire et on lui injecte 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Etant donnée l'intensité des spasmes, nous injectons encore 20 centimètres cubes de sérum sous la peau. En même temps, il prend 8 grammes de chloral. Le soir, il n'y a aucune amélioration. Nous lui faisons une nouvelle injection de 10 centimètres cubes intra-rachidienne tout en continuant le chloral à hautes doses.

Aucune amélioration. La nuit a été très mauvaise. Le lendemain matin, quoique le pouls soit à 120, la température rectale ne

marque que 38°6; mais la contracture et le spasme envahissent les muscles respiratoires et ceux du larynx.

Je discute un moment l'urgence d'une trachéotomie, mais celle-ci me paraît contre-indiquée, parce que c'est surtout du côté des muscles respiratoires et en particulier sur le diaphragme que la toxine réagit.

Il succombe dans une crise d'asphyxie vers 2 heures de l'après-midi, soit vingt-quatre heures après son entrée, sept jours après son accident, trois jours après l'apparition des premiers signes de la maladie.

J'avais porté, dès son entrée, un diagnostic fatal, étant donnée la courte incubation de cinq jours, et c'est sur l'avis d'un de nos jeunes confrères qui avait été temoin des bons résultats que j'avais pratiqué ou fait pratiquer l'injection intra-rachidienne.

Cette observation vient s'ajouter à toutes celles qui démontrent l'inanité de nos efforts quand il s'agit de tétanos aigu succédant rapidement dans une période de un à sept jours à une plaie.

Je crains bien que nous n'ayons là encore les mécomptes que nous avons eus avec l'injection encéphalique.

M. Demoulin. — Notre collègue Bazy disait, dans la séance du 20 mars dernier, à propos du cas très intéressant de tétanos céphalique que Guinard venait de présenter « Le fait cité par M. Guinard, montre qu'il est utile de suivre la pratique que j'ai préconisée ici, en 1896 : c'est qu'il faut faire une injection préventive de sérum antitétanique à tout malade atteint de ce que j'ai appelé une plaie de rue, quelque petite qu'elle soit. »

M. Landouzy, vers la même époque, exprimait la même idée dans son livre sur les sérothérapies, en écrivant : « Attendre l'éclosion du tétanos, chez un suspect, est une faute; agir contre une suspicion de tétanos devient une règle. »

Bazy ajoutait que sa recommandation de faire une injection préventive de sérum antitétanique, dans les plaies suspectes, ne semblait avoir été ni goûtée, ni suivie.

Je puis lui affirmer qu'il a fait tout au moins un adepte, et je suis celui-là.

Aussi, quand j'ai eu l'honneur de remplacer Bazy à Tenon alors que j'assistais le très regretté Gérard Marchant (1897-1899), j'ai toujours fait une injection préventive de sérum antitétanique, dès que je me trouvais en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse anfractueuse, malpropre, souillée de terre ou de débris de corps étrangers.

J'ai continué la même pratique, à l'hôpital Boucicaut, de 1900 à 1904, tant dans le service de Gérard Marchant, qu'à la consultation de cet hôpital dont j'étais alors chargé, et j'y suis resté fidèle, dans les différents services que j'ai dirigés depuis cette époque.

Or, je tiens à faire connaître que, depuis 1897, je n'ai jamais vu apparaître le tétanos chez les blessés que j'ai injectés préventivement, et j'estime que ce que j'ai observé personnellement, depuis dix ans, confirme bien la valeur de l'injection préventive de sérum antitétanique.

Je sais bien qu'on pourrait m'objecter que le tétanos n'est pas fréquent, et qu'aucun des malades, auxquels j'ai fait une injection préventive, n'aurait été atteint de cette redoutable affection, même si je n'avais pas eu recours à la sérothérapie. Je pourrais de mon côté affirmer le contraire, sans plus de preuves d'ailleurs que ceux qui ont une opinion opposée, et en tout cas, je reste fidèle au vieux proverbe qui dit : « mieux vaut prévenir que guérir ».

De 1901 à 1906, j'ai observé trois cas graves de tétanos aigu, venus du dehors, graves par les symptômes et aussi en raison de la courte période d'incubation de la maladie, qui a toujours été inférieure à dix jours, à compter de la date de l'accident.

Le premier de ces cas a été traité, avec l'assistance de M. Borrel, de l'Institut Pasteur, par deux injections intra-cérébrales et une dose massive de sérum sous-cutané (60 centimètres cubes en deux jours); le second, a été soigné par les injections intraveineuses; le troisième, par une injection sous-arachnoïdienne, faite dans la région lombaire, et suivie d'une injection sous-cutanée; les trois malades sont morts très rapidement, deux ou trois jours après leur entrée à l'hôpital, cinq ou six jours, après le début des accidents, sans que les symptômes du tétanos se soient atténués un seul instant.

Je ne crois donc guère à l'efficacité des injections de sérum antitoxique dans les cas de tétanos aigu, quelle que soit la voie adoptée pour l'amener au contact des centres nerveux, et je pense que les conclusions de l'excellent rapport de Vallas, au Congrès français de chirurgie de 1902, doivent être maintenues, à savoir « que la sérothérapie préventive, possède une action certaine, et que, si elle était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin »... et « qu'en face du tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés ».

Il semble bien, si j'en juge d'après la littérature médicale, que

le sérum antitoxique puisse agir, favorablement, dans les cas chroniques à évolution lente, mais toutes les médications, dans ces cas, ont aussi donné des succès.

M. Paul Reynier. — Le malade que nous a présenté M. Guinard, l'autre jour, est, comme l'ont dit mes collègues, très intéressant; il s'agissait en effet dans ce cas d'une forme assez rare de tétanos, bien étudiée par Roze, tétanos céphalique caractérisé par la paralysie faciale et les spasmes hydrophobiques, tous symptômes qu'on a pu relever sur le malade. Mais de plus on lui avait fait une injection intra-médullaire de sérum antitétanique qui a paru amener une détente dans les phénomènes graves qu'on observait. Or, on pourrait avoir là une preuve de l'innocuité de ces infections, et de la valeur thérapeutique de ce traitement préconisé par Neugebauer, et qui est en Allemagne très en honneur.

Il semblerait en effet que par cette voie on agirait plus rapidement sur la toxine, en imminence de se fixer sur les cellules nerveuses de l'axe cérébro-rachidien : car cette fixation faite il semble, d'après les travaux de Roux et Borrel, qu'alors l'antitoxine devient impuissante.

Malheureusement, il aurait fallu pour que l'observation de M. Guinard fut concluante, et il l'a compris lui-même en ne concluant pas, que la forme du tétanos ne fût pas le tétanos céphalique, dont le pronostic, pour presque tous les auteurs est un des moins graves. Il aurait fallu également que le traitement seul intra-médullaire eût été, comme le conseille Neugebauer, seul employé. On a, au contraire, continué par des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, et on peut, pour ces injections, réclamer une certaine part dans la guérison de ce malade.

Mais nous devons faire remarquer que ces injections intra-médullaires doivent être répétées, puisque Neugebauer dit qu'il a fait en 9 jours dans un cas 6 injections, chacune de 100 AE de Behring, dans un autre cas 16 injections en 16 jours, de 50 à 100 AE de Behring, et dans un troisième cas 3 injections de 100 AE de Behring dans les vingt-quatre heures; or ces injections peuvent être suivies, comme dans le cas de M. Guinard, d'un certain malaise, et elles offrent toujours, si minime qu'il soit, un certain aléa; enfin elles peuvent, à cause de la raideur tétanique, des spasmes, être impossibles, et obliger à recourir à l'anesthésie, qui peut dans ce cas être dangereuse. Si nous tenons compte de toutes ces considérations, il peut ne pas être inutile de mettre en opposition avec ce traitement un traitement beaucoup plus simple, plus pratique, et qui semble tout aussi et peut-être plus efficace, en supprimant tout aléa. C'est

le traitement que j'ai préconisé au Congrès de chirurgie de 1902, et qui consiste dans l'association des injections sous-cutanées de sérum antitétanique faites tous les jours à doses de 10 à 20 centimètres cubes, avec l'administration du chloral à très haute dose, atteignant 18 à 20 grammes par jour, comme l'ont préconisé un de nos correspondants, le Dr Demmler, et M. le Dr Lancereaux.

Je me suis efforcé en effet d'établir que nous devions diriger la thérapeutique du tétanos en obéissant à trois indications.

La première est la désinfection de la plaie. On peut, comme l'a conseillé M. Berger, la désinfecter radicalement en enlevant le membre contaminé. Mais si pour un doigt la chose peut-être discutable, pour une légère plaie du pied il peut être dur d'avoir recours à pareille exérèse, surtout s'il est démontré qu'on peut s'en passer. Or, je vous citerai des observations où je me suis contenté de désinfecter soit avec le thermocautère, soit avec la teinture d'iode et les pansements antiseptiques, la plaie, et où cette désinfection seule m'a permis toutefois d'obtenir la guérison.

La seconde indication est de détruire la toxine en formation, en circulation, qui n'est pas encore fixée sur les cellules nerveuses. Or, les injections de sérum antitétanique ici nous paraissent très efficaces, et, contrairement à l'opinion exprimée par mon collègue Schwartz, je crois qu'il faut ne pas douter de cette action et avoir recours à cette introduction d'antitoxine le plus souvent répétée qu'on pourra.

Aussi est-ce tous les jours que j'injecte à mes malades, sous la peau, de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, avec l'idée de détruire toute nouvelle toxine qui se forme.

Mais reste la toxine fixée sur les cellules nerveuses, sur laquelle, nous l'avons dit, le sérum n'agit plus; et cependant c'est la présence de cette toxine qui excite la cellule cérébrale et est la cause de la contracture et des spasmes, qui tuent le malade.

Or, si nous ne pouvons agir sur la toxine, nous pouvons agir sur la cellule et en diminuer l'excitabilité, la rendre indifférente à l'action de cette toxine. Le chloral à hautes doses obtiendra cette anesthésie cellulaire. Mais ce ne sera que si on le donne à hautes doses; et il est curieux de voir comme le tétanique supporte bien ces doses élevées, que vous ne pourriez donner à un malade n'ayant pas de tétanos.

Reste enfin une dernière indication : soutenir le malade en le nourrissant avec du lait, soit par la bouche ou le rectum, et donner ainsi au malade la force de résister pendant les quinze à dix-huit jours de lutte entre l'infection et l'économie.

C'est en effet, comme on le verra dans mes observations, vers

le dix-huitième jour que dans la majorité des cas la détente semble se produire.

En obéissant à ces indications, en 1902, je disais avoir obtenu trois cas de guérison de tétanos. Depuis j'ai eu à traiter à Lariboisière, où souvent nous sont apportés des communes suburbaines de Rosny, de Dugny, Noisy-le-Sec, des tétaniques, trois nouveaux cas que j'ai traités de même, avec trois guérisons. Ce qui me donne six malades avec six guérisons, statistique ou série tout au moins heureuse.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme âgé de vingt ans, charretier, qu'on avait amené dans le service avec fracture de jambe le 15 octobre 1904. A son entrée, on lui faisait une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. Il avait en effet des écorchures aux jambes. Il avait été renversé par un tramway. Pendant dix jours le malade allait bien; toutefois, sa température montait à 38 degrés. Ceci était dû à ce que ses escarres s'éliminant, il y avait de la suppuration. Or, le onzième jour il accusait un léger degré de trismus. Je lui faisais faire de suite une nouvelle injection de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes; le soir, le malade avait de la raideur de la nuque et l'impossibilité d'ouvrir sa mâchoire.

On l'avait fait transporter dans une chambre où on avait fait l'obscurité, et dès le premier jour on lui donna 10 grammes de chloral qui l'assoupissaient.

A partir de ce jour il fut soumis aux injections sous-cutanées de sérum de l'Institut Pasteur (10 centimètres cubes injectés tous les jours) et aux doses croissantes de chloral qui, en quatre jours, atteignaient 18 grammes par jour; en même temps on le nourrissait avec le lait. Le dix-huitième jour le malade avait du mieux, dès le quinzième jour la raideur de la nuque diminuait, et le malade guérissait. Il quittait le service trois mois après son entrée, sa fracture consolidée.

Les deux autres malades nous ont été amenés en pleine crise tétanique.

Le premier était un homme de cinquante-huit ans demeurant à Pantin, il était amené à Lariboisière le 25 octobre 1905, avec de la raideur de la nuque, de l'opisthotonos, la mâchoire contractée, et des spasmes dès qu'on le remuait. Il y avait trente-six heures qu'il avait été pris de ces accidents à la suite d'une chute de bicyclette dans la campagne au voisinage de Noisy-le-Sec, chute dans

laquelle il s'était abîmé le pouce de la main et s'était fait une plaie au niveau de la face palmaire.

A son entrée, le malade avait de la fièvre, 38°2. Nous le mîmes de suite aux injections sous-cutanées et au chloral à hautes doses. Vers le septième jour il arrivait à la dose de 16 grammes, puis de 18 grammes. Le malade put s'alimenter de lait qu'on lui donnait à la théière.

Le dix-huitième jour, la contracture disparaissait encore là tout à fait, et le malade, le vingt et unième jour, cessait le chloral et tout traitement. Il sortait de l'hôpital le 16 décembre complètement guéri.

Toutefois, pendant sa convalescence, il présenta des névrites du bras qui ont été déjà signalées et qui mirent un mois à disparaître.

Le dernier était un jeune homme de seize ans, journalier, qui demeurait à Dugny. Il entrait dans mon service le 6 décembre 1906. A la fin du mois de novembre 1906 le malade se piquait au gros orteil gauche avec une fourche, au moment où il mettait avec cette fourche de la paille dans le râtelier de ses chevaux.

Huit jours après il avait de la difficulté pour ouvrir la bouche. En même temps il présentait de la raideur de la nuque et de la région lombaire.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait de la contracture des masseters et de tous les muscles de la région lombaire. Il était en opisthotonos. Il avait 37°8 de fièvre. Son pouls était régulier, sa respiration un peu accélérée. Le malade n'avait toutefois que peu de crises spasmodiques douloureuses.

Je le fis mettre à l'isolement dans une chambre obscure, et on commença de suite les injections sous cutanées de sérum antitétanique de 20 centimètres cubes par jour au début, puis de 10 centimètres cubes. Le chloral fut donné à doses progressivement croissantes débutant par 12 grammes, et atteignant 20 grammes au bout de quatre jours.

Cette dose fut continuée pendant quinze jours. Alors la contracture disparut, le trismus persistait encore. A cause d'un érythème chloralique qui apparut, je dus diminuer la dose progressivement. Le vingtième jour, tout était fini. Le trismus et le rire grimaçant par spasmes des muscles de la face avait disparu. Mais alors le chloral supprimé il fut pris de troubles mentaux, d'une sorte de délire sans fièvre, que nous mîmes sur le compte de l'intoxication chloralique. C'est le premier cas où je vis des symptômes chloraliques pareils se produire. Les symptômes avec

le régime lacté disparurent en quelques jours, et le 10 janvier le malade quittait le service complètement guéri.

Mais je n'ai pas demandé la parole seulement pour parler du traitement du tétanos déclaré, je veux apporter à mon ami Bazy une statistique toute récente, qui finira peut-être par lui faire perdre la grande confiance qu'il a dans la sérothérapie préventive.

Cette statistique, je la prends dans les deux travaux très intéressants de deux fervents de la sérothérapie préventive, MM. Krafft (de Lausanne), et Suter (d'Innsbruck). Or, à l'heure actuelle, en réunissant les cas publiés, on trouve 31 cas, qui s'augmentent aujourd'hui d'un par l'observation que je vous ai lue tout à l'heure, ce qui fait 32 cas de tétanos survenus après l'injection préventive.

1 cas de Berger.
1 — de Monod.
1 — de Reclus.
1 — de Rémy.
1 — de Reynier-Bouglé.
1 — de Maunoury.
1 — de Peyrot.
1 — de Tixier, de Lyon.
1 — de Dionis du Séjour.
1 — de Péry, de Bordeaux (cité par Lop).
1 — de Lop, de Marseille (sérum sec employé).
1 — de Mauclaire.
1 — de Krafft.
1 — de Thierry.
1 — de Lannelongue, de Bordeaux.

15 cas.

1 cas de Vidal, de Périgueux.
1 — de Granda, de Nice.
1 — de Haltenhoff, de Genève.
1 — de Julliard.
1 — de Terrier.
1 — de Pochhammer.
1 — de Wendel.
2 — de Lotheisen.
1 — de Suter.
1 — de Kuster.
2 — de Tizzoni.
1 — de Kocher.
1 — de Busche.
1 — de Ulrich.
1 — de Reynier.

17 cas.

Soit : 32 cas.

Or, cette statistique doit faire réfléchir, surtout si on tient compte de la rareté relative du tétanos. Alors que j'étais interne, j'ai vu un ou deux cas de tétanos au plus pendant mes quatre années d'internat, et cependant à ce moment là, on ne faisait pas d'antisepsie. Combien y en a-t-il parmi nous qui sommes restés sans avoir fait de sérothérapie quatre à cinq ans sans avoir vu de tétanos? Aussi me semble-t-il que devant ces faits positifs, n'ayant que des faits négatifs discutables à objecter, il faut avoir une foi bien robuste pour continuer à affirmer scientifiquement la vertu prophylactique des injections de sérum antitétanique, telles que nous les pratiquons.

Evidemment si on pouvait en même temps que la plaie se produit, faire l'injection de sérum, nous aurions une garantie réelle. Mais c'est trois ou quatre heures après, quelquefois vingt-quatre heures après qu'on peut dans nos hôpitaux pratiquer cette injection. Scientifiquement ne soyons donc pas étonnés que, malgré ces injections, faites dans de pareilles conditions, le tétanos puisse se déclarer encore assez souvent.

Comme le font remarquer Suter et Krafft, des fervents, l'ai-je déjà dit, comme mon ami Bazy de la sérothérapie, il faudrait dans les cas suspects ne pas se contenter d'une seule injection, mais les renouveler, en faire plusieurs à quelques jours d'intervalle, injecter des doses élevées dit Lotheissen.

Dans ces conditions, la sérothérapie peut être en effet efficace. Mais nous voyons, nous soumettant à ces injections répétées, tout enfant, toute personne qui tombe, se faisant une légère éraflure à la peau, qui peut toutefois être la porte d'entrée du tétanos, une fois sur mille et plus !

Toutefois il se peut que la sérothérapie préventive puisse, comme le dit Suter, avoir une action favorable sur la marche du tétanos, qu'elle n'a pas empêché de se produire. Il semble en effet, d'après la lecture des statistiques, que ces tétanos survenant après injection préventive guérissent le plus souvent. Cependant un certain nombre de ces malades ont eu des tétanos graves, dont ils sont morts. Y aurait-il également, comme le prétend Suter, des différences dans la valeur des différents sérums : sérum de l'Institut Pasteur, sérum de Behring, sérum de Tizzoni, pour améliorer le pronostic de ces tétanos secondaires aux injections prophylactiques? Tout ceci est discutable, car si les tétanos à l'heure actuelle guérissent plus souvent, cela peut tenir à ce que nous les soignons mieux, et qu'on désinfecte mieux les plaies inoculées.

Mais si, dans le doute, nous continuons, étant donnée l'innocuité de ces injections de sérum antitétanique, à en faire, ne serait-ce que pour rassurer nos malades, dans les cas où il y a plaie qui a pu être en contact avec la terre, toutefois, répétons-le, scientifiquement nous ne sommes pas en droit d'avoir confiance dans cette sérothérapie préventive, et nous ferons bien de surveiller le moindre trismus, pour immédiatement instituer un traitement énergique.

Rapport.

Volumineux abcès rétro-vésical (probablement d'origine appendiculaire). Drainage abdomino-périnéal. Guérison, par M. le Dr Robert Picqué, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, mon neveu Robert Picqué, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vous a lu récemment une observation portant ce titre et sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

Voici d'abord l'observation :

Un homme de vingt-cinq ans, interné à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. le Dr Vigouroux, pour débilité mentale, y est soigné pour une angine, lorsque, après trente huit jours d'une tem érature variant entre 38 et 40 degrés, puis entre 37 et 39 degrés, et affectant un type à grandes oscillations, on constate l'existence d'une tuméfaction hypogastrique : celle-ci, exactement médiane, apparue au-dessus de la symphyse, croît rapidement, au point de s'élever de deux travers de doigt par jour; elle a dépassé l'ombilic, lorsque le malade entre au Pavillon de chirurgie, le 7 septembre au soir, avec le diagnostic probable de phlegmon de la cavité de Retzius.

Mais la netteté des contours arrondis de la tumeur, l'indépendance de la paroi à son niveau, font que mon oncle, M. Picqué, songe tout d'abord à la possibilité d'une simple rétention d'urine, au cours d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde peut-être, caractérisée par les phénomènes généraux graves persistants présentés par le malade.

Mais aussitôt, le cathétérisme évacue 200 grammes d'une urine parfaitement claire; cependant, cette faible quantité d'urine pouvant résulter de l'obstruction de la sonde, on s'assure qu'une injection poussée dans la vessie ressort intégralement. Or, le globe hypogastrique n'a pas diminué de volume; bien plus, un doigt rectal rencontre la collection déprimant fortement la paroi antérieure du rectum.

Le diagnostic reste hésitant. Mais la température à 39°8, le pouls à 156 commandent l'intervention immédiate.

M. Picqué veut bien m'en confier le soin, et j'opère sous sa direction.

Opération. — Une incision médiane sus-pubienne conduit vite dans un espace prévésical parfaitement libre : à son travers, la vessie se montre, d'apparence saine, peu distendue par elle-même, mais surplombée par la tuméfaction dépressible et fluctuante.

Un instant d'hésitation se pose alors :

En effet, quel est le siège de cette collection : péritonéal ou sous-péritonéal? Dans le doute, l'ouverture du péritoine semble peu prudente; son décollement, illusoire, vu son épaississement et ses adhérences à la vessie; enfin, l'idée d'une origine vésicale ne peut être complètement chassée de l'esprit. On ouvre donc la vessie : Une faible quantité d'urine en sort, claire. Mais, comme on explore la cavité, un point se montre déprimé sur la paroi postérieure, répondant fort évidemment à une zone d'adhérence.

Et, en effet, la moindre effraction fait surgir un flot de pus, mal lié, grumeleux, d'odeur fétide; et le doigt, traversant la perforation qu'il vient d'achever en quelque sorte, tombe dans une cavité immense, dont il ne peut atteindre les limites en aucun sens.

Il s'agit donc bien d'un phlegmon rétrovésical, ayant, par son énorme développement en haut, refoulé la vessie et donné les apparences d'un siège prévésical. Un drain est placé et un lavage à l'eau oxygénée effectué.

Mais l'impression est nette de l'insuffisance du drainage par cette étroite brèche, que l'on ne peut cependant agrandir beaucoup aux dépens de la paroi vésicale.

L'idée vient alors de le parfaire par une ouverture au point déclive, au fond du cul-de-sac recto vésical, distendu, nous l'avons vu, par la collection.

A la faveur d'une incision prérectale, largement menée d'une tubérosité ischiatique à l'autre, nous sectionnons méthodiquement et en les repérant, suivant la technique bien fixée aujourd'hui, les différents plans du périnée. Le clivage effectué entre le rectum et la prostate, une bougie d'Hégar, introduite par la brèche sus-pubienne, rencontre notre doigt et effondre le cul-de-sac dans la plaie périnéale.

Un long et volumineux drain est alors conduit de l'une à l'autre. Des mèches de gaze tamponnent et isolent le Retzius.

Grâce à ce mode de drainage, les suites opératoires furent parfaites. Dès le lendemain, la température tombait à 37°2, pour ne plus dépasser 38 degrés. Le pouls, cependant, restait à 140, 130, 120, pendant les huit jours qui suivirent.

Puis, sans doute sous l'influence du sérum artificiel, injecté à la dose de 2 à 3 litres par jour, tous les symptômes d'infection s'estompèrent, en même temps que bourgeonnaient les plaies opératoires, et, bien que l'urine s'écoulât par toutes deux, la fermeture en fut rapide : la périnéale d'abord, la sus-pubienne au bout d'un mois. Le malade guérit ainsi sans fistule, et le cours normal des urines se trouva spontanément rétabli.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement.

Au point de vue du diagnostic, M. Robert Picqué relate les hésitations du début : l'opération elle-même ne les trancha pas complètement; elle fixa cependant le siège anatomique rétro-vésical;

elle démontra aussi l'intégrité de la vessie, de la prostate, et des vésicules séminales d'une part, du rectum d'autre part. Il ne s'agissait en somme que d'une collection développée dans le cul-de-sac recto-vésical et dont il fallut chercher l'origine dans la cavité péritonéale.

Un moment l'idée vint d'une péritonite tuberculeuse enkystée qui eût expliqué la longue période fébrile du début sans symptômes de localisation. Mais depuis la guérison s'est faite, rapide, sans laisser de trace, à la façon d'un abcès chaud.

Alors l'hypothèse parut plus plausible d'une appendicite à siège pelvien, comme certains exemples remarquables vous ont déjà été rapportés au cours de ces dernières années. Certes, la symptomatologie ne semble pas avoir été celle d'une appendicite, mais nous savons combien certaines appendicites sont insidieuses et peuvent évoluer sans autre symptôme local que la collection à laquelle elles aboutissent.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer dans mon service de l'hôpital Bichat un malade qui avait été traité longtemps en médecine pour des accidents fébriles dont on n'avait pu déterminer l'origine et qui n'avaient été précédés d'aucun symptôme qui pût faire supposer une appendicite. Ce malade mourut presque en arrivant dans le service et l'autopsie démontra l'existence d'une suppuration pelvienne des plus nettes, avec une lésion de l'appendice très accusée.

Quant au siège médian de la collection, lorsque celle-ci bombe au-dessus du pubis, comme dans le cas actuel, il ne saurait éliminer l'idée d'une appendicite; dans deux cas présentés par notre collègue Chaput d'appendicite pelvienne, la collection était nettement accessible au niveau de la ligne médiane.

Au point de vue du traitement, je désire insister surtout sur l'importance du drainage périnéal des collections pelviennes chez l'homme.

Dans le cas de Robert Picqué, il s'imposait en raison de la grande déclivité de la poche et de la faible étendue de la brèche vésicale. Dans les cas analogues, le drainage mixte abdomino-fémoral devient une nécessité.

Ce drainage inférieur a d'ailleurs été recommandé dans notre Société par nos collègues Chaput et Reynier comme unique traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Il a fourni entre leurs mains un certain nombre de guérisons.

Outre les avantages de sa situation déclive, il semble éviter certains obstacles susceptibles de compliquer l'ouverture abdominale.

Tels deux cas de Chaput, où la tuméfaction médiane hypogastrique était recouverte d'anses intestinales sonores; tel le cas

qui vous est présenté où voulant éviter le péritoine, M. Picqué fut amené à aborder la collection à travers la paroi postérieure de la vessie. Il est certain que, dans ce cas, l'énorme développement de la collection eût rendu bien précaire le seul drainage supérieur.

Si donc l'on accepte le principe du drainage inférieur dans les cas exceptionnels que je viens d'indiquer, on peut toutefois discuter la valeur comparative des diverses voies qui ont été proposées.

Si l'on excepte la voie para-sacrée, rarement appliquée, le problème se circonscrit en somme, chez l'homme, entre la voie rectale et la voie prérectale.

La première, utilisée d'abord par les Anglais en 1890, puis par l'Ecole lyonnaise avec Jaboulay en 1896, a été défendue ici-même, en 1904, par nos collègues Chaput et Reynier.

La deuxième a été proposée par Mauclaire, en 1897, à la Société anatomique, dans un intéressant mémoire basé sur des recherches anatomiques relatives à la distance qui sépare le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal des plans superficiels du périnée.

Cette voie a donné un succès à Sutton et deux à Delanglade, qui les a communiqués à la Société de chirurgie en 1900.

Je ne discuterai pas longuement les arguments qui ont été opposés à la méthode rectale.

Bien que ses partisans invoquent en sa faveur la facilité et la rapidité, il n'en est pas moins vrai que la communication entre le rectum et la poche, quelque petite qu'elle soit, favorise, quoi qu'on en ait dit, l'infection de cette cavité et la rectite consécutive, et qu'en outre le drainage par cette voie est difficile à établir et difficile à maintenir. Couteaud, dans un cas publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1906, a bien insisté sur ce fait.

Pour moi, la voie prérectale est la seule recommandable.

On a bien invoqué contre elle qu'elle nécessitait une plaie large et profonde et qu'elle ne fournissait pas un accès court et direct sur la collection.

Pour ce qui est du premier argument, on peut y répondre en affirmant qu'une plaie large et profonde sera toujours préférable à une boutonnière rectale étroite qui reste séparée de l'extérieur par un vestibule rectal et un détroit anal.

Quant au deuxième, ne peut-on pas également affirmer que, contrairement à ce qui a pu être dit, la voie anatomique, parfaitement réglée sur des repères précis, conduira directement et sans difficulté au point déclive du cul-de-sac péritonéal, rendu encore plus accessible par sa distension?

Quant à la durée de l'opération, cinq minutes à peine ont suffi dans le cas de M. Picqué à créer la brèche.

Pour éviter toute souillure, le chirurgien doit naturellement éviter d'introduire le doigt dans le rectum au cours de l'opération et tout se bornera à éviter ultérieurement le contact de la plaie avec les matières fécales.

Nous croyons donc, en résumé, que la méthode prérectale est de beaucoup supérieure à la boutonnière rectale et nous ne pouvons qu'approuver M. R. Picqué d'y avoir eu recours.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Picqué de son intéressante communication.

Présentations de malades.

Fracture ancienne du radius vicieusement consolidée par la résection du radius, du cubitus et d'une portion du carpe.

M. Chaput. — Le traitement classique des fractures vicieusement consolidées du radius consiste dans l'ostéotomie linéaire.

Cette opération corrige la déviation du fragment inférieur en arrière, mais elle ne remédie ni à l'éclatement osseux, ni aux hyperostoses douloureuses, ni à l'ascension de la styloïde radiale, qui comporte une obliquité anormale de la surface articulaire radiale.

C'est ainsi que ayant traité en 1902 (*Soc. de chirur.*) un cas de ce genre par l'ostéotomie, j'ai obtenu un résultat excellent, mais pas tout à fait parfait. J'avais alors proposé la résection de la petite tête cubitale pour rendre aux carpes une bonne orientation.

M. Berger m'ayant fait observer que cette résection cubitale pouvait donner de mauvais résultats, j'abandonnai cette proposition.

En *1906*, j'eus à soigner un vieillard atteint d'une fracture ancienne du radius vicieusement consolidée; je pratiquai la résection du fragment inférieur très déformé, et je pratiquai, en outre, l'ostéotomie oblique du cubitus, pour permettre l'ascension de la petite tête cubitale.

Le résultat ne fut pas très satisfaisant, la main resta un peu déviée en dehors.

En *janvier 1907*, je vis une femme de vingt-quatre ans, qui s'était fait une fracture compliquée du radius, le 28 novembre 1906, à la suite d'une chute de la hauteur du premier étage. La fracture ne fut pas réduite ni plâtrée ; on se contenta de pansements et d'une gouttière en fil de fer pendant vingt jours; un plâtre fut appliqué du 31 décembre au 6 janvier, puis on commença les massages.



Fig. 1.

Fracture ancienne du radius. Eclatement du fragment inférieur. Transport du carpe en dehors.

Je vis la malade le 9 janvier; elle présentait une déviation considérable de la main en dehors avec dos de fourchette très marqué. L'axe du médius ne correspondait pas avec celui de l'avant-bras; le fragment supérieur radial faisait une très forte saillie en avant. La malade souffrait beaucoup de son poignet, sa main ne pouvait exécuter aucun mouvement de flexion ni d'extension.

La radiographie de face montre l'apophyse styloïde du radius

écrasée et remplacée par une dépression ; il existe des hyperostoses à la partie externe du radius.

L'extrémité inférieure, éclatée, n'existe plus ; le cubitus n'est plus en regard du carpe.

De profil, le semi-lunaire est luxé en arrière.

Le 15 *janvier 1907*, je pratiquai l'opération suivante :



Fig. 2.

Même fracture après résection des extrémités du radius et du cubitus, et résection partielle du carpe. Correction satisfaisante.

Double incision latérale sur le poignet; résection de 2 centimètres du cubitus et du radius ; ablation de tout le semi-lunaire, et d'une partie du scaphoïde et du pyramidal.

La plaie guérit par première intention.

Le résultat actuel est très satisfaisant.

Le médius est revenu dans l'axe de l'avant-bras : de profil le carpe n'est plus luxé en arrière.

Les mouvements du poignet sont revenus en grande partie, ils

s'accroîtront encore. Les douleurs ont disparu et la malade se sert parfaitement de sa main.

Je signalerai seulement une saillie anormale des os de l'avant-bras en arrière.

Je l'attribue à ce que la main a été immobilisée dans une légère flexion. On aurait pu l'éviter au moyen d'une extension modérée.

Cette opération, résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus avec résection partielle du carpe, m'a donné ici un résultat beaucoup meilleur que l'ostéotomie et que la simple résection du fragment inférieur avec ostéotomie oblique du cubitus.

Je la crois digne d'être adoptée.

Anévrisme de la base du cou (origine de la carotide primitive droite). Opération de Brasdor.

M. Rochard présente une malade atteinte d'anévrisme de la base du cou à laquelle il a pratiqué la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. L'amélioration au bout de vingt jours est réelle, mais c'est surtout l'absence d'accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide primitive droite qu'il tient à mettre en valeur.

On sait qu'on a constaté ces accidents dans 25 p. 100 des cas et au dernier Congrès des chirurgiens allemands, Jordan (de Heidelberg) conseillait la ligature lâche de la carotide primitive suffisante pour faire disparaître le pouls temporal et qu'au bout de quarante huit heures on serrait complètement. Ce chirurgien apportait du reste une observation de ce genre.

Sans vouloir ouvrir un débat qui se représentera prochainement à la Société de chirurgie, M. Rochard pense avec M. Guinard que la ligature complète est inoffensive quand elle est faite d'abord dans des conditions d'asepsie parfaite et ensuite quand la vie cérébrale est assurée par la perméabilité de la carotide gauche et l'accoutumance à une moindre irrigation par la présence d'une tumeur anévrismale. Voici l'observation :

Mme V..., âgée de cinquante ans. Entrée salle Denonvilliers le 17 mars 1907. Sortie le 13 avril 1907.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Une angine assez grave à l'âge de huit ans.

Mariée à vingt-huit ans. De ce mariage 2 enfants (à trente et trente

et un ans) tous deux bien portants à la naissance et morts en nourrice à l'âge de quatre ans, sans que la mère puisse préciser la cause de la mort.

Fausse couche à trente-sept ans à la suite d'une chute.

A quarante-deux ans, crise de colique hépatique.

A quarante-trois ans, phlegmon de l'amygdale.

Pas de maladie infectieuse grave; *aucun stigmate de spécificité; pas d'antécédents alcooliques.*

Le début de l'affection remonte à deux ans. Elle s'aperçoit qu'une artère bat assez violemment dans la région cervicale droite. Elle rit et plaisante volontiers « sur ce reptile qu'elle a au cou ». Puis peu à peu cela grossit.

Dix mois après le début de l'affection, la voix devient subitement *rauque*, sans que la malade ressente la moindre douleur laryngée, et reste telle durant trois semaines.

Depuis un an (un an également après les premières manifestations) la malade ressent *des douleurs dans tout le côté droit de la tête*, plus violentes à la nuque, douleurs lancinantes, *pulsatiles*, parfois si fortes que la malade cherche un soulagement en s'immobilisant elle-même la tête, et en la comprimant entre ses deux mains. La valériane, les pointes de feu sur la nuque, la glace sur la tête la calment moins que ce petit stratagème.

Depuis un an également, la malade ressent des *accès de suffocation*, à l'occasion de fatigue : « Après avoir monté un escalier, je suis, dit-elle, dix minutes sans pouvoir causer. »

A cette même époque, des *troubles apparaissent du côté du membre inférieur droit* : ce sont des élancements, des picotements. *Ce membre s'affaiblit*, et la malade dit ne jamais porter un fardeau de ce côté et se servir toujours de la main gauche.

Examen du 20 mars 1907. — Ce qui frappe, c'est une *tumeur pulsatile de la région de la carotide primitive droite*, tumeur soulevant les deux chefs du sterno-mastoïdien, et donnant une expansion à presque toute la région sus-claviculaire de ce côté.

C'est une *dilatation fusiforme de la carotide primitive droite*, très approximativement de la grosseur d'un pouce. On peut la limiter supérieurement par une horizontale passant par le bord inférieur du cartilage thyroïde; inférieurement, elle se perd sous la clavicule et le sternum. Auscultée, elle permet d'entendre un *souffle très fort et très rude* qui se propage vers la partie supérieure du cou.

La sous-clavière droite bat plus fortement que du côté opposé. On y entend un *souffle* propagé vers l'aisselle, beaucoup moins intense qu'au niveau de la carotide. Mais, dans le creux sus-claviculaire droit, un *thrill*, véritable frémissement vibratoire, parfaitement perceptible.

Le cœur n'est pas hypertrophié. Pas de voussure du sternum, pas de matité du premier espace indiquant une forte dilatation de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique.

Mais au niveau de l'orifice aortique, et mieux encore *au niveau du tronc*

brachio-céphalique, double *souffle*, le premier dur, râpeux, très fort, se propageant vers les vaisseaux du cou (dénotant de l'athérome de l'aorte et du tronc brachio-céphalique).

L'artère temporale et faciale du côté droit battent *très faiblement* et sont beaucoup moins facilement perceptibles que du côté gauche.

Le pouls radial droit a la même amplitude que du côté opposé.

Les veines du cou du côté droit sont dilatées, et en particulier la jugulaire externe, que l'on trouvera volumineuse lors de la ligature de la sous-clavière. (A signaler une cicatrice d'adénite sur le côté gauche du cou).

Pas de troubles pupillaires (sympathique).

Les douleurs de la nuque et l'impotence du bras droit ont montré la participation du plexus cervical et brachial; les crises de suffocation, celle du pneumogastrique; la raucité de la voix, celle du récurrent.

Pas de troubles encéphaliques, tels que vertige ou insomnie. Rien au poumon.

La malade a un teint jaunâtre; elle se plaint d'une lassitude constante. Néanmoins, à part la céphalée qui la torture, tous ses organes fonctionnent normalement.

En somme, *anévrisme de la carotide primitive droite.* Le thrill et le souffle propagé vers l'aisselle au niveau de la sous-clavière, le gros souffle au niveau du tronc brachio-céphalique, ont fait craindre que l'anévrisme n'ait son origine au niveau de la bifurcation du tronc brachio-céphalique, ou même n'empiète sur ce tronc. Cependant, le fait seul que le pouls radial bat également des deux côtés, fait presque rejeter cette hypothèse et localiser l'anévrisme sur les deux tiers inférieurs de la carotide primitive droite.

Du reste, pour confirmer le diagnostic, la malade est envoyée à Saint-Antoine, où M. Béclère a l'obligeance de la passer à l'écran et de nous interpréter la radioscopie. L'aorte est élevée et dilatée. Le tronc brachio-céphalique n'est pas perceptible à l'écran : il n'y a donc pas d'anévrisme de ce tronc brachio-céphalique, qui participe simplement à la dilatation de la crosse de l'aorte athéromateuse.

Donc, aortite avec retentissement sur le tronc brachio-céphalique et la sous-clavière droite, mais *surtout localisation anévrismale sur la carotide primitive droite.*

Vu la perméabilité de la carotide primitive gauche, et en présence des phénomènes douloureux dont la malade nous prie de la délivrer (l'iodure de potassium, et les médicaments antinévralgiques n'ayant donné aucun résultat), M. Rochard se décide à pratiquer l'opération de Brasdor.

Opération le 28 *mars* 1907. — Ligature de la sous-clavière droite en dehors des scalènes avec de la soie n° 5. Le volume de la sous-clavière semble normal.

Ligature de la carotide primitive droite près de sa division, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. En ce point, elle n'est pas dilatée.

Résultats. — Immédiatement aucun trouble. Le pouls radial et temporal droits disparaissent.

Le lendemain de l'opération la malade se plaint d'une douleur précordiale, qui ne dure que deux jours.

Les jours suivants, aucune trace de parésie gauche ; aucun trouble encéphalique. Les douleurs de la nuque ont persisté, mais atténuées. Le membre supérieur droit se meut parfaitement ; il aurait cependant tendance à se refroidir, surtout dans l'élévation. « La main, dit la malade, blanchit, et au bout de quelques instants, il m'est difficile de terminer ma coiffure. »

Dix jours après l'opération, l'anévrisme carotidien paraît un peu rétracté. Le frémissement au niveau de la sous-clavière est beaucoup moins net. Par contre, la tension semble augmentée dans le système artériel, et en particulier les battements de la carotide gauche semblent accentués.

Actuellement (vingt jours après l'opération) la dilatation anévrismale est considérablement diminuée. Le thrill a disparu.

La malade accuse un bien-être progressif.

M. Picqué. — Les résultats de la belle opération de notre collègue ne font que confirmer ce que nous savons sur les conditions dans lesquelles se produit l'hémiplégie après la ligature de la carotide. L'opération a été faite aseptiquement et il ne s'est pas produit d'hémiplégie.

A part les cas de MM. Le Dentu, Lejars et Quénu où l'hémiplégie s'est produite immédiatement après la ligature, cet accident semble toujours consécutif à l'infection ; il n'apparaît alors que quelques jours après la ligature.

Il y a quelques années, Duplay et Lamy, dans un travail publié dans les *Archives de Physiologie*, ont démontré expérimentalement le rôle de l'infection dans la production de l'hémiplégie : un de mes internes fait actuellement dans le laboratoire de mon service de Saint-Anne des études expérimentales sur les carotides de lapins. En injectant dans celles-ci des cultures de streptocoques, il arrive aux mêmes conclusions : celles-ci seront prochainement publiées.

Section de cinq tendons fléchisseurs et du médian. Sutures et traitement électrique.

M. Pierre Delbet. — Le malade Antonin D..., âgé de trente-trois ans, se fit, le 26 septembre 1906, une plaie profonde de la région antérieure du poignet gauche avec un éclat de verre. Un médecin appelé sutura la peau sans se préoccuper des désordres profonds.

Le malade entre à Laënnec le 13 novembre pour des troubles sensitifs et moteurs qui rendent sa main inutilisable.

Je passe sur les symptômes qui démontraient la section des tendons fléchisseurs superficiels et profonds de l'index et du médius, la section du fléchisseur propre du pouce et la section du médian.

J'ai opéré le malade le 16 novembre. L'intervention fut laborieuse. Les organes coupés, nerfs et tendons, étaient englobés dans une gangue fibreuse très dure. Leur libération fut difficile. Je trouvai cinq bouts de tendons inférieurs, deux pour le médius, deux pour l'index, et un pour le pouce. Mais je ne pus trouver que quatre bouts supérieurs. Je suturai séparément le fléchisseur superficiel et le fléchisseur profond de l'index. Je suturai les deux bouts périphériques des tendons du médius à un seul tendon central. Enfin j'essayai de suturer les deux bouts du fléchisseur du pouce; mais le bout central était rétracté et il me fut impossible de l'amener au contact du segment inférieur; je fus forcé de faire une suture à distance et l'intervalle était environ d'un centimètre et demi.

Enfin le bout central du médian était extrêmement altéré et je dus en réséquer près de trois centimètres pour arriver sur une portion à peu près saine. Malgré cela, je pus affronter les deux bouts par trois fils de catgut prenant seulement la gaine du nerf.

La main fut immobilisée en flexion par un appareil plâtré.

J'avoue que je n'augurais pas grand'chose de cette intervention. D'une manière générale, la suture des fléchisseurs au voisinage du canal carpien ne m'a donné que des résultats médiocres. J'ai vu, le plus souvent, les tendons suturés contracter des adhérences, non pas seulement les uns avec les autres, mais avec les gaines, avec l'aponévrose, voire même avec la peau, et finalement la mobilité rester très insuffisante.

Ici les conditions me paraissaient très mauvaises. Il avait fallu libérer les tendons déjà englobés dans un bloc fibreux et songer à la multiplicité des fils nécessaires pour cinq sutures tendineuses et une suture nerveuse. Cette masse de catgut ne me disait rien qui vaille.

La plaie se réunit très correctement par première intention mais le résultat fonctionnel est plus que médiocre. Le 5 décembre la continuité des tendons est obtenue, car, lorsqu'on place les doigts en demi-flexion, le malade peut les maintenir en cette position, mais il ne fait à peu près aucun mouvement volontaire, et lorsqu'il cherche à produire un mouvement, on voit que la cicatrice cutanée est entraînée par la contraction des muscles.

On commence à faire des séances quotidiennes de mobilisation et de massage, mais le résultat de ce traitement est fort médiocre, et, le 5 janvier de cette année, je prie le Dr Zimmern de faire le traitement électrique.

Depuis cette époque il a fait deux ou trois séances par semaine et chaque séance a été d'une durée de quarante minutes en moyenne. Il a fait passer un courant continu d'une intensité aussi forte que le malade pouvait la supporter. Cette intensité a varié de dix à cinquante milliampères.

Le pôle négatif, étroit, formé d'un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau ordinaire, était appliqué sur la cicatrice, par conséquent à la région antérieure du poignet. L'électrode positive, plus large, était placée sur la face postérieure.

J'ai revu le malade hier et je vous le présente aujourd'hui. Le résultat me paraît surprenant.

Vous voyez que le malade ferme le poing presque complètement et, dans ce mouvement, la cicatrice cutanée ne subit aucun mouvement. Les tendons se sont donc mobilisés sur la cicatrice. En outre, ils se sont mobilisés les uns sur les autres, car lorsque je fixe les trois derniers doigts, le malade peut faire des mouvements indépendants de son index : il fléchit très nettement les deux dernières phalanges. De même pour le médius. Cela prouve que les adhérences qui unissaient les tendons les uns aux autres ont disparu.

Les mouvements les moins étendus sont ceux de la dernière phalange du pouce, mais ils existent très nettement. D'ailleurs, la motilité du premier métacarpien est notablement troublée et cela parce que la régénération du nerf médian n'est pas encore complète. L'insensibilité persiste encore sur les deux dernières phalanges de l'index et les muscles de l'éminence thénar innervés par le médian sont encore atrophiés et paralysés.

Ce qui m'a paru particulièrement intéressant, c'est la résorption des adhérences sous l'influence du traitement électrique. Comment peut-il se faire que le tissu fibreux des adhérences se résorbe, tandis que celui qui constitue la cicatrice des tendons persiste, je ne me charge pas de l'expliquer, mais le fait de la résorption est indiscutable et il m'a paru assez intéressant pour que j'aie tenu à vous présenter le malade.

M. Tuffier. — La disparition d'adhérences fibreuses sous l'influence des courants électriques sclérolyse n'est pas pour me surprendre ; nous en avons vu, mon ami le Dr Desfosses et moi, de nombreux exemples. Depuis la communication de Leduc sur l'ionisation, nous avons poursuivi cette étude, et, après avoir été

très sceptiques, nous avons été convaincus par les faits. Dans une série de recherches expérimentales faites dans mon laboratoire et communiquées à la Société de biologie, avec M. le Dr Mauté (1) nous avons d'abord établi que l'ionisation, c'est-à-dire la pénétration d'un médicament au moyen du courant électrique jusque dans une articulation, n'existait pas ; il fallait donc chercher ailleurs les causes des succès dus à l'électrisation. Or, ces succès sont indéniables. Nous avons vu des limitations de mouvements dus à des adhérences consécutives, à des phlegmons des gaines des impotences partielles d'origine fibreuse consécutives à des arthrites ou à des synovites céder à l'influence des courants, avec une rapidité et une netteté qu'aucune autre méthode ne nous avait données. Aussi cette pratique, pour nous, est elle courante (2).

L'analyse des troubles fonctionnels, dans ces cas, doit faire le départ entre l'impotence par douleur et l'impotence par lésion mécanique. Les deux états sont influencés par les courants, la première cède plus rapidement que la seconde. Je ne connais guère que les applications d'air chaud à 90, 100 et 110 degrés, (dont nous nous servons souvent) dont les résultats puissent être mis en parallèle avec ceux que donnent les courants continus, et je les crois moins rapidement efficaces.

M. Pierre Delbet. — Je répondrai à mon ami Walther qu'à mon avis les sutures des tendons fléchisseurs au voisinage du canal carpien se trouvent dans des conditions particulièrement défavorables.

Les sutures des tendons extenseurs donnent des résultats excellents. J'en ai fait comme tout le monde; j'ai même reconstitué des tendons détruits avec des tresses de catgut longues de plusieurs centimètres. Je ne vous ai pas présenté les malades parce que, dans ces conditions, les succès sont devenus courants.

Les sections des fléchisseurs à la paume de la main sont encore dans des conditions relativement favorables lorsqu'elles ne sont pas infectées. En effet, les deux tendons fléchisseurs superficiel et profond de chaque doigt sont superposés, ce qui est de peu d'importance, car il n'y a pas grand inconvénient à ce qu'ils contractent des adhérences l'un avec l'autre. Mais les tendons d'un doigt sont séparés de ceux des doigts voisins, de telle sorte qu'il y a bien peu de chances pour qu'ils se fusionnent.

(1) Tuffier et Mauté. A propos de médications ioniques. Société de Biologie, 1907, 19 janvier.

(2) Desfosses et Martinet. La Sclérolyse ionique, *Presse médicale*, n° 23, 20 mars 1907, p. 178.

Au niveau ou au voisinage du canal carpien, les conditions sont toutes différentes. Tous les tendons sont en paquet. Et lorsqu'on a encombré l'espace si restreint qu'ils occupent, de fils et de nœuds de catgut, ils n'ont plus de place pour glisser. Il est bien difficile que la séreuse se reconstitue. En général, après les sutures multiples, tous les tendons se prennent en un bloc fibreux adhérent lui-même aux parois du canal carpien, et, comme il leur faut une grande course pour fléchir les doigts, le résultat fonctionnel est en général très médiocre. C'est du moins ce que j'ai observé.

En tout cas, je n'ai jamais vu un résultat comparable à celui que je vous présente. Et, comme mon ami Tuffier, je suis bien convaincu qu'il est dû au traitement électrique.

En effet, la mobilisation et le massage qui avaient été faits pendant un mois n'avaient donné que bien peu de résultats; et d'autre part, depuis que le traitement électrique est appliqué, on n'a rien fait d'autre. Ce cas me semble donc contribuer pour sa part à démontrer que la sclérolyse électrique n'est pas un mythe.

Laryngectomie.

M. Sebileau présente un malade opéré de laryngectomie, porteur d'un larynx artificiel depuis quarante-huit heures, et parlant d'une manière très satisfaisante.

Corps étrangers des bronches.

M. Guisez présente un malade, des pièces et des radiographies, relatifs à un corps étranger des bronches.

Renvoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

Présentations de pièces.

Pièces expérimentales d'anastomoses vasculaires.

M. Tuffier. — La chirurgie des vaisseaux et comme conséquence la transplantation des organes est à l'ordre du jour. Entre autres travaux, les mémoires de Carrel et Guthrie et la communication de Stitch témoignent de cette préoccupation scientifique. Depuis plusieurs mois, nous avons répété, mon ami M. Froin et moi, un certain nombre d'expériences, autant pour nous familiariser avec la technique opératoire que pour vérifier les résultats obtenus; nous voulions vous présenter une étude d'ensemble quand un incident survenu tout à l'heure au laboratoire nous a donné l'occasion de vous présenter ces pièces et un animal en expérience. Nous avons d'abord pratiqué des sutures artérielles après section totale et complète, et voici les pièces sur lesquelles vous pouvez à peine voir la ligne de cicatrisation, la perméabilité du vaisseau étant parfaite. Voici des sutures bout à bout d'artères et de veines; — l'une est le bout central de l'artère fémorale suturée au bout périphérique de la veine fémorale, si bien que le *sang artériel* ne pouvait arriver au membre que par la *veine fémorale* la suture est parfaite, le vernis épithélial est continu; la perméabilité du vaisseau était complète, la cicatrice datait de quatre jours. Voici une anastomose du même genre *entre l'artère carotide et la jugulaire* après trois jours.

Mais comme ces pièces conservées dans l'alcool ne peuvent pas vous prouver qu'il n'existait pas de caillot, je vous présente un chien sur lequel nous avons, il y a quatre semaines, pratiqué la double opération suivante : anastomose *bout à bout de l'artère fémorale* (bout central) *avec la veine fémorale* (bout périphérique); et réciproquement anastomose du bout périphérique de l'artère et du bout central de la veine. En examinant tout à l'heure l'état des vaisseaux par dissection, nous avons blessé l'artère au-dessus de l'anastomose; nous pouvons nous servir de cette petite plaie pour y introduire une sonde flexible et vous montrer que l'anastomose est parfaitement perméable et conduit directement dans la veine. Nous avons examiné la façon dont le sang artériel force successivement les valvules de la veine après l'anastomose; il faut environ trois heures au sang artériel pour arriver jusqu'aux veinules du pied et passer par les capillaires et revenir sous forme de sang veineux par l'artère.

Ostéomyélite prolongée des deux tiers inférieurs de la diaphyse fémorale.

M. MAUCLAIRE. — Voici une pièce qui représente les deux tiers inférieurs de diaphyse fémorale chez un homme âgé de cinquante ans, que j'ai eu à soigner depuis plusieurs mois.

Dans son enfance cet homme n'a jamais été malade, il n'a jamais eu de symptômes rappelant une atteinte légère d'ostéomyélite aiguë. Il était bien portant jusqu'à il y a quatre à cinq ans. Depuis cette époque il souffrait de temps en temps de sa cuisse droite, mais il marchait néanmoins toute la journée.

En août 1905 est apparue une fistule à la face postérieure de la cuisse à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs. Par l'orifice il s'est écoulé un liquide purulent sans fragments osseux au dire du malade. Un autre abcès s'est ouvert dans la région quelque temps après.

J'examine le malade en août 1906.

Il y a trois ouvertures fistuleuses à la partie inférieure et postérieure de la cuisse, il en sort un pus peu abondant. Tout le fémur est gros, douloureux à la pression. Par l'exploration, on n'arrive pas à entrer dans l'os, la fistule conduit un peu sur la face interne. Les mouvements du genou sont peu limités. Il y a quelques ganglions inguino-cruraux hypertrophiés. Il n'y a aucune cicatrice sur le reste du corps pouvant révéler l'existence d'une ostéomyélite dans le jeune âge du sujet.

Je fais alors une première trépanation sur la face externe, je tombe sur un os énormément hypertrophié. Le canal médullaire est en partie comblé, avec peu de suppuration au centre; il n'y a pas de séquestre.

Malgré cette trépanation, la suppuration persiste. En novembre 1906, je fais une nouvelle trépanation avec curettage de ce qui reste de la cavité médullaire. Mais, en terminant, je greffe dans la cavité trois fragments de cartilages costaux pris sur le malade lui-même.

La suppuration persista malgré cette dernière intervention, incomplète évidemment.

En janvier je fis l'amputation haute de la cuisse à trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter. L'os était sain à ce niveau. Les suites furent régulières.

Voici la pièce. A la partie moyenne de l'os on note un gonflement très marqué de toute l'épaisseur de la diaphyse avec des périostoses très régulières sur toute la circonférence de l'os. A la

face postérieure se trouve un trajet osseux qui conduit dans la cavité médullaire. A la face externe se voit l'orifice des deux trépanations que j'ai faites. Sur une coupe médiane, on note que la cavité médullaire est rétrécie. Elle n'existe que sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

Au-dessous, elle est comblée par du tissu osseux et du tissu cartilagineux blanchâtre sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

Puis au-dessous se trouve une cavité régulière, reliquat d'un abcès osseux médullaire.

Les parois de l'os sont très épaissies, elles ont 3 centimètres par places, si bien que le fémur a 8 à 9 centimètres d'épaisseur dans sa totalité.

Les condyles du fémur sont sains. A partir de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen l'os est sain.

Je pense qu'il s'agit d'un cas d'ostéomyélite prolongée, bien qu'il n'y ait dans les antécédents aucun symptôme rappelant une poussée légère d'ostéomyélite aiguë.

L'hyperostose énorme nous fait éliminer l'ostéo-tuberculose et la densité permet d'éliminer la syphilis osseuse.

M. Demoulin. — J'ai examiné avec attention, le fémur que notre collègue Mauclaire vient de nous présenter, et, comme lui, je crois qu'il s'agit bien d'une ostéomyélite. Mauclaire a spécifié que le malade n'avait jamais présenté, soit dans l'enfance, soit dans l'adolescence, les signes d'une ostéomyélite aiguë ; aussi suis-je un peu surpris de lui entendre dire qu'il s'agit, ici, de lésions dues à une ostéomyélite prolongée, si on donne à cette expression, le sens que lui ont attribuée le professeur Lannelongue et M. Comby. Je crois que nous avons affaire à un cas d'ostéomyélite chronique d'emblée, affection décrite par mon regretté maître Trélat, dont j'ai essayé d'interpréter fidèlement les idées, dans ma thèse inaugurale.

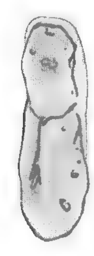
Corps étranger ostéocartilagineux du genou.

M. Mauclaire. — Voici les pièces et la radiographie d'un corps étranger ostéocartilagineux du genou provenant d'un homme âgé de vingt-six ans, entré le 11 août 1906 à l'hôpital Dubois.

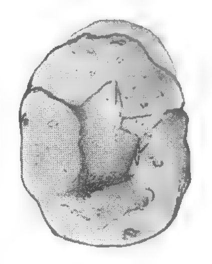
Deux ans auparavant, ce malade aurait fait une chute de bicyclette sur le genou gauche. Il avait gardé le repos quelque temps et les mouvements de l'articulation furent un peu limités pendant plusieurs mois. C'est à la fin de sa convalescence qu'un médecin

consulté fit le diagnostic de corps étranger du genou. Il persista en effet un peu d'hydarthrose, de la gêne dans la marche, mais pas de douleur brusque pendant les mouvements. — Actuellement, on sent facilement le corps étranger mobile, il reste volontiers au-dessus de le rotule — il y a un peu d'hydarthrose et une légère atrophie musculaire des quadriceps.

Arthrotomie, le 6 août. — Le corps étranger est enlevé facilement par une incision para-rotulienne. Les surfaces osseuses articulaires intérieures sont intactes, sans dépression. Le corps étranger



Vue ds profil.



Face, plate sur les bords, et ombiliquée au centre.

(Dessin de M. Pinchon, externe du service).

enlevé est arrondi — ayant 2 centimètres de diamètre. Une des faces est un peu irrégulière et convexe, l'autre face est ombiliquée au centre. L'épaisseur maxima au niveau des bords est de 8 à 10 millimètres. Sur la synoviale, en dehors, est inséré un un autre tout petit corps étranger du volume d'une grosse lentille, très adhérent à la séreuse. Guérison.

Sur la radiographie, on voit le gros corps étranger placé audessus de la rotule et transparent par places.

Voici l'examen histologique que M. Coudray a bien voulu me remettre :

Le corps étranger est entouré partout par une membrane fibreuse.

Dans sa presque totalité il est formé de tissu cartilagineux renfermant au centre quelques îlots osseux.

Le cartilage est variable d'aspect, suivant les points examinés, tantôt tissus hyalin avec espaces et cellules irrégulièrement disposées, tantôt formant de minces bandes séparées par des fibrilles de tissu conjonctif; mais cette disposition n'a rien de semblable avec les boyaux de rivulation. D'une manière générale, capsules et cellules cartilagineuses sont peu volumineuses, se colorent médiocrement.

Les travées osseuses qu'on trouve au centre de la production n'y

forment pas une bande continue; le tissus osseux présente des ostéoplastes vides et agrandis. C'est un tissu peu vivant.

En résumé, il s'agit d'une tumeur probablement ancienne, n'offrant nulle part d'indices d'activité. Le cartilage qui en forme la plus grande part n'a pas du tout les caractères du cartilage articulaire.

En somme, malgré l'examen histologique, il n'est pas possible de dire si le gros corps étranger ostéocartilagineux a pour point de départ l'os, le cartilage diarthrodial ou la synoviale. Quant au corps étranger lenticulaire greffé sur la séreuse, on sait que cette greffe peut être secondaire, d'après Poulet et Vaillard. Je rappellerai que notre collègue Loison a présenté ici également une radiographie de corps étranger articulaire.

Radiographie d'une arthropathie tabétique du genou avec corps étrangers articulaires multiples.

M. Mauclaire, — Voici une autre radiographie. Il s'agit d'une arthropathie tabétique du genou chez un malade ayant un tabes de cause siphilitique. On voit que le condyle interne du tibia est raréfié, détruit en partie. Sur la synoviale de voisinage, on voit sept à huit corps étrangers qui, sur le malade, était peu mobiles. Il y avait une très grosse hydarthrose avec une dislocation articulaire déjà assez avancée.

Élections.

NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

M. HENNEQUIN, par 31 voix sur 32 votants, est nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

NOMINATION D'UNE COMMISSION POUR L'EXAMEN DES TITRES DES CANDIDATS A UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ.

MM. VILLEMIN, SCHWARTZ et SEBILEAU, par 27 voix, sont nommés membres de cette Commission.

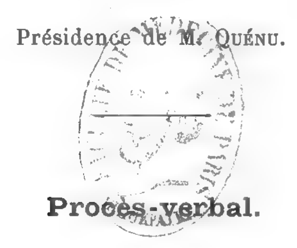
Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1907

Présidence de M. Quénu.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaines.

A l'occasion du procès-verbal.

Tentative de greffe artérielle.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Tuffier nous a présenté, mercredi dernier, de très jolies pièces d'anastomoses artérielles et artério-veineuses. Elles prouvent, une fois de plus, qu'avec une bonne technique on peut faire sur les vaisseaux des sutures, des anastomoses latéro-latérales, termino-latérales et bout à bout comme sur l'intestin. J'ai décrit tous ces faits dans le rapport que j'ai présenté l'an dernier au Congrès de Lisbonne sur la chirurgie artérielle et veineuse, et j'ai essayé d'introduire dans la pratique chirurgicale les anastomoses veineuses termino-latérales. J'ai pratiqué quatorze opérations de ce genre avec succès.

Un autre fait plus curieux, plus intéressant et qui aura peut-être une importance pratique plus considérable, a été établi par Hœpfner dès 1903, c'est la possibilité des greffes vasculaires.

Hœpfner a fait avec succès des greffes artério-artérielles, remplaçant la carotide par la fémorale du même animal, puis une artère d'un animal par une artère d'un autre animal de la même espèce. Il a donc prouvé la possibilité des greffes artérielles autoplastiques et homoplastiques. Carrel et Guthrie ont repris cette question et ont réussi à exécuter avec succès chez les animaux des greffes artério-artérielles hétéroplastiques et des greffes artério-veineuses homoplastiques. Ces deux sortes de greffes avaient échoué entre les mains de Hœpfner, qui faisait ses anastomoses avec les tubes de Payr. Carrel et Guthier ont employé la méthode des sutures.

En m'appuyant sur ces expériences, j'ai tenté récemment de faire sur l'homme une greffe artérielle. Je veux profiter de la présentation de Tuffier pour vous en donner le résultat. La plupart d'entre vous sont au courant de cette tentative, puisque je m'étais adressé à presque tous les membres de la Société de Chirurgie pour leur demander s'ils ne pourraient pas me fournir une artère fémorale provenant d'une amputation. M. Schwartz, ayant eu à amputer une cuisse, a bien voulu me confier le membre enlevé, et je l'en remercie.

Ma tentative a complètement échoué. La greffe a été matériellement inexécutable.

J'avais affaire à un homme de soixante-quatorze ans, très fatigué, avec un système artériel dans un état lamentable. Il n'a jamais fait de maladie, il n'a pas eu la syphilis, mais toutes ses artères sont calcifiées. Les humérales, qui d'ordinaire ne sont pas très touchées par l'athérome, présentent d'invraisemblables circonvolutions avec des plaques d'une consistance pierreuse.

Deux mois seulement avant son entrée à l'hôpital, il avait constaté la présence, au-dessus du condyle interne du fémur droit, d'une tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur a augmenté par poussées, par à-coups. En deux ou trois jours elle grossissait notablement, puis restait stationnaire pendant une ou deux semaines.

Le 5 mars 1907, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, elle est très volumineuse. Elle mesure de 16 à 17 centimètres dans le sens vertical et au niveau de son point culminant, la circonférence du membre mesure 4 centimètres et demi de plus que du côté opposé.

Il est de toute évidence qu'il s'agit d'un anévrisme fémoropoplité. L'expansion, les battements, le souffle sont très marqués. On a l'impression que la poche est très mince, sans caillots. On ne peut toucher cet anévrisme sans être pris de la crainte qu'il se rompe.

Que faire? Le volume de l'anévrisme, la minceur de la paroi, la rapidité de son accroissement commandaient l'intervention. Mais d'autre part il était évident que la circulation se faisait au travers de l'anévrisme et l'état des artères rendait la gangrène inévitable, qu'on fît la ligature ou l'extirpation.

Fallait-il pratiquer l'amputation d'emblée? Je n'y songeai pas un instant. Il est toujours temps de recourir à cette extrémité.

Je résolus d'extirper l'anévrisme et de chercher à rétablir la circulation par une greffe artérielle.

Les greffes hétéroplastiques n'ayant que bien peu de chances de succès, je tâchai de me procurer une fémorale humaine. N'ayant pas d'amputation à faire dans mon service, je m'adressai à vous, Messieurs, pour avoir une fémorale fraîche.

Carrel m'a écrit qu'on peut se servir de vaisseaux conservés. « Des vaisseaux conservés dans la solution de Locke à + 1 ou 2 degrés centigrades, peuvent être transplantés avec succès jusqu'à vingt jours après l'extirpation et probablement même après un plus long espace de temps. » Ceci est du plus haut intérêt, mais je n'avais pas de vaisseaux conservés, et puis je préférais en employer de frais.

Mon collègue Schwartz ayant à pratiquer une amputation de cuisse pour une ostéomyélite très ancienne du tibia, sans abcès, voulut bien me confier le membre.

Voici comment nous avons réglé le protocole de l'opération.

J'envoyai à Cochin en automobile un de mes internes, M. Mocquot. On m'avertit par le téléphone du moment où on commença à endormir le malade de Cochin, et on endormit le mien au même instant. Les deux opérations se poursuivaient simultanément, l'amputation à Cochin, l'extirpation de l'anévrisme à Laënnec.

Dès que le membre fut détaché, M. Mocquot enveloppa la tranche avec des compresses imbibées de sérum artificiel chaud pour empêcher le refroidissement ainsi que l'évaporation et, remontant en automobile, il apporta le paquet à Laënnec et se mit en devoir de disséquer l'artère poplité. Cette dissection fut difficile. Bien qu'il n'y eût aucun abcès, le creux poplité n'était pas normal. Il était rempli d'une fibrolipomatose d'inflammation chronique; l'artère était très adhérente et ses branches notablement dilatées. Comme il fallait les lier soigneusement toutes pour permettre la transplantation, tout cela demanda un temps notable et j'avais terminé l'extirpation de l'anévrisme avant que l'artère fut libérée.

Celle-ci n'avait point été cependant sans difficulté. La poche anévrismale était extrêmement adhérente, surtout à la partie supérieure qui remontait sous les adducteurs et même les dissociait.

La veine était fusionnée avec le sac et je ne parvins pas à la libérer sans la blesser en deux endroits. Ces blessures étant de très petites dimensions, comme la veine, bien que complètement aplatie n'était point oblitérée, je pensais à les fermer par des sutures latérales, quand une pince de Kocher, placée tout à fait en haut sous les adducteurs, par un de mes aides, la déchira largement de ses mors acérés et il fallut la lier.

Je dus sectionner l'artère en bas un peu au-dessous de la partie moyenne du creux poplité, et en haut tout près de l'anneau de l'adducteur, ce qui devait rendre particulièrement difficile les manœuvres de suture. La perte de substance entre les deux bouts de l'artère était d'environ 8 centimètres.

J'armai chacun des deux bouts artériels de trois fils de lin placés à égale distance les uns des autres. Malheureusement, les deux bouts étaient profondément altérés, incrustés de plaques calcaires sur presque toute leur périphérie. La fine aiguille en les traversant produisait un claquement sec analogue à celui qu'on obtiendrait en traversant une mince feuille d'ivoire. C'étaient là de bien mauvaises conditions, et, bien que je n'eusse pas grand espoir de réussir, je voulus cependant tenter la greffe.

Dès que l'artère du membre amputé fut libérée, on en détacha un segment d'une longueur suffisante pour qu'il puisse combler sans traction la perte de substance. Reprenant les trois fils armés d'aiguilles qui avaient été placés sur les deux bouts de l'artère de mon malade, je les passai dans les deux bouts de l'artère à greffer. Le transplant était d'un calibre légèrement inférieur à l'artère du malade. Cependant, ce temps de mise en place se fit bien et je repris un peu d'espoir. Il restait à faire les petits surjets entre les fils fixateurs. Je commençai par le bout distal. Faisant tendre deux fils voisins, de manière à bien présenter le segment compris entre eux, je commençai le surjet. Ces deux premiers points se firent bien; mais au troisième le fil déchira l'artère du malade. J'essayai de la reprendre un peu plus loin, nouvelle déchirure; un nouveau point ne fit qu'agrandir le trou, qui devint impossible à combler. La greffe n'était plus réalisable, du moins en ce point. J'examinai avec soin le bout distal pour voir si, en réséquant une faible étendue, je n'arriverais pas à un point moins altéré permettant la suture. Les calcifications étaient pareilles : il fallait donc renoncer à mon entreprise.

Je liai le bout distal, puis le bout central qui était, je le répète, sous l'adducteur. On enleva la bande d'Esmarch. Aussitôt un jet de sang formidable s'échappa de ce bout central; le catgut avait coupé l'artère. Je la comprimai du doigt pendant qu'on resserrait le garrot. Une nouvelle tentative pour lier ce bout fut couronnée

du même échec. Je dus aller chercher la fémorale dans le canal de Hunter, et je la liai en ce point au-dessous de la grande anastomotique.

Je suturai toute la plaie sans la drainer. Le malade supporta très bien cette longue opération et la réunion se fit tout entière par première intention. Mais, comme il fallait malheureusement s'y attendre, la circulation collatérale s'établit mal.

Pendant quelques jours le sort du membre fut incertain. Puis les signes de gangrène devinrent manifeste. Celle-ci occupait toute la plante du pied, et la moitié de la face dorsale. Il y avait en outre une plaque de gangrène indépendante et superficielle, localisée à la partie inférieure de la face externe de la jambe. Il fallut faire l'amputation au tiers inférieur. Le malade va bien.

Je tenais, Messieurs, à vous rapporter les détails de cette tentative de greffe artérielle. Je vous les devais, puisque plusieurs d'entre vous avaient eu l'amabilité, dont je les remercie, de me promettre de m'avertir s'ils avaient à faire une amputation de cuisse.

La greffe était rendue matériellement impossible par l'état des artères du malade. Ce fait prouve une fois de plus l'exactitude de ce que je disais dans mon rapport au Congrès de Lisbonne. La chirurgie artérielle est facile chez les malades qui ont de bonnes artères, alors que son utilité est douteuse. Elle est impossible quand les artères sont très malades, c'est-à-dire dans les circonstances où elle rendrait service.

Est-ce à dire que la chirurgie artérielle soit sans avenir? Je ne le pense pas du tout. Mais je ne veux pas entrer dans cette grosse question, d'autant plus que je n'ai rien à modifier à ce que j'ai dit dans mon rapport de l'an dernier.

M. Tuffier. — Je vous ai dit dans la dernière séance pourquoi je vous présentais mes pièces d'anastomose vasculaire, sans intention de vous faire une communication sur ce sujet; mais puisque l'occasion se présente d'apporter une contribution à l'histoire chirurgicale naissante de ces opérations, je vous citerai le fait suivant. Il s'agit d'une anastomose artério-veineuse faite pour combattre une gangrène sénile du bout du pied, pratiquée à Beaujon, le 7 février dernier.

St..., cinquante-six ans, terrassier, entré le 2 février 1906, n° 6, salle A. Paré.

Ce malade entre à l'hôpital pour une gangrène du pied, dont le début remonte à trois mois.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Ce malade, âgé de cinquante-six ans, éthylique invétéré à trente ans, aurait contracté la syphilis et ne se serait jamais soigné; à trente-six ans, fièvre typhoïde. Il y a un an, il a eu à la verge une petite ulcération au niveau du sillon balano-préputial; à celle-ci a succédé une seconde ulcération occupant la base du filet et qui persiste encore. N'a jamais eu d'autres maladies.

Il y a trois mois, il a commencé à remarquer que le cinquième orteil de son pied gauche était comme engourdi, puis, il prit peu à peu une teinte noire. Actuellement, la gangrène occupe l'orteil tout entier et remonte jusqu'au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne.

Les quatre autres orteils paraissent sains, mais la jambe au-dessous du genou et le pied ont une teinte blanc mat, légèrement cireuse.

A la palpation au niveau de la base du triangle de Scarpa, on sent très bien les battements de la fémorale; toutefois, ces battements sont un peu plus violents à droite qu'à gauche; l'artère ne semble ni plus indurée ni plus volumineuse du côté malade que du côté sain. Dans la région poplitée, on sent également des pulsations à gauche comme à droite, pourtant un peu moins forte à gauche.

Au niveau de la région dorsale du pied, les battements de la pédieuse, assez facilement sensibles à droite, sont très faibles à gauche.

Les pulsations de la tibiale postérieure au niveau de la malléole interne sont perçues seulement faiblement du côté droit.

Opération. — Incision à la pointe du triangle de Scarpa, de 8 centimètres de long environ. Je récline le couturier et je trouve la veine et l'artère fémorale.

Je passe, aux deux extrémités de la plaie, au-dessous de l'artère et de la veine, un fil de catgut en anse, que je fais tendre par un aide et qui empêche toute circulation dans le segment intermédiaire, artère et veine.

Je lie et me débarrasse d'un canal veineux collatéral qui était au milieu du segment dénudé et j'anastomose l'artère et la veine, la difficulté tenant surtout à ce que la veine est en arrière de l'artère.

Quatre points de suture prenant la veine et l'artère en arrière, suture postérieure, aiguilles courbes très fines vaselinées et fil de lin très fin, points non perforants à 2 millimètres environ des bords de section, deux points de suture aux deux extrémités de cette première rangée de points pour affronter.

J'incise l'artère et la veine parallèlement à leur longueur sur un cent. 1/2 de long, et je constate que les parois de la veine sont souples et celles de l'artère rugueuses. La paroi n'est pas nette, mais infiltrée, ce qui rend sa lumière irrégulière.

Suture perforante de la *lèvre post-veineuse* à la lèvre postérieure artérielle par quatre points; quatre points aussi à la lèvre antérieure.

Puis trois points de suture d'approche non perforante tout à fait en avant. Je laisse la circulation se rétablir, en faisant détendre mes deux fils placés en anse; l'hémostase est parfaite.

L'artère bat au-dessus et plus faiblement au-dessous; je lie la veine

fémorale au-dessus de l'anastomose : elle est alors fortement dilatée et animée de frémissement. Réunion de l'aponévrose au catgut fin.

Plaie drainée à sa partie inférieure, agrafes en haut. Le drain est retiré le 11 février 1907; la plaie est en parfait état et on sent encore le thrill à son niveau.

Du côté du pied et de la jambe, les espèces de gangrène ne semblent pas modifiés; la teinte cireuse des parties molles est remplacée par une teinte bleuâtre qui indique un sphacèle prochain. L'artère poplitée ne paraît pas modifiée dans ses battements.

Les jours suivants la plaie opératoire est parfaite, mais l'état général, très précaire, s'aggrave; la langue devient sèche, et le malade, en état de subdelirium continu, meurt le 14 février.

Voici le résultat de l'autopsie, faite par M. Mauté, chef de laboratoire :

... « La plaie opératoire est réunie complètement; le membre inférieur jusqu'au genou est en décomposition gangreneuse (peau seule). La dissection de l'artère et celle de la veine sont rendues difficiles par la gangue cicatricielle qui les entoure. Un stylet passé dans l'artère au-dessus de l'incision montre sa perméabilité; dans la veine, au contraire, on est arrêté au-dessous de la cicatrice. En fendant l'artère sur la face opposée à l'anastomose, on constate son intégrité et on voit l'orifice anastomotique qui paraît recouvert d'endothélium; mais sur la veine on trouve un caillot brun adhérent à l'orifice anastomotique, dont il est impossible de déterminer le point de départ... »

L'histoire de ce malade, sans rien préjuger de la valeur de ces anastomoses, m'a de suite montré, et cela pouvait facilement être prévu, l'importance des lésions athéromateuses dans la réussite et l'efficacité des opérations sur les vaisseaux. Comme l'ont dit tous les expérimentateurs c'est là que la chirurgie humaine s'éloigne des expériences.

M. Delbet. — Les anastomoses artério-veineuses pour parer à la gangrène ont été imaginées presque simultanément par San Martin y Satrustégui et par Jaboulay. Elles n'ont jamais donné aucun résultat. Ces deux chirurgiens ont fait des anastomoses latérales, c'est-à-dire des anévrismes artério-veineux. La création d'une fistule artério-veineuse ne pouvait en rien modifier l'évolution de la gangrène, ou plutôt elle ne pouvait l'influencer en bien, car il est de toute évidence que le sang qui pénétrait dans la veine retournait vers le cœur sans passer par le bout périphérique de la veine.

A la fistule artério-veineuse, Tuffier a ajouté la ligature de la veine au-dessus de la fistule. Il forçait ainsi une certaine quantité de sang à pénétrer dans le bout veineux périphérique. Carrel, en faisant les anastomoses artério-veineuses bout à bout, a obligé toute la colonne sanguine à s'engager dans la veine. Et Tuffier nous a

présenté mercredi dernier un chien sur lequel il avait pratiqué cette anastomose. Il est parfaitement démontré que, dans ces conditions, le sang circule dans le tronc veineux du centre à la périphérie; il est parfaitement démontré que, dans ces conditions, chez les animaux, les valvules d'une veine normale se laissent forcer assez vite.

Mais il n'en découle nullement que cette inversion du courant sanguin puisse arrêter la gangrène, car, quand bien même le sang cheminerait excentriquement dans le tronc veineux jusqu'à l'extrémité du membre, il n'en résulterait pas du tout qu'il passe par les capillaires en sens inverse du courant normal. Cette traversée rétrograde des capillaires n'est nullement démontrée; elle est tout à fait improbable et je ne crois pas, pour ma part, qu'on puisse jamais empêcher une gangrène de se développer par une opération de ce genre.

M. Tuffier. — Nous avons vu, M. Froin et moi, après la suture du *bout central de l'artère* fémorale au *bout périphérique de la veine*, le sang revenir par le bout périphérique de l'artère; ce retour ne s'effectue que longtemps après l'anastomose, la circulation en retour par cette artère se fait avec la continuité de la circulation veineuse sans battements. Dans une seconde expérience de suture bout à bout interverti des deux vaisseaux où nous avions placé un tube de verre *intermédiaire entre le bout périphérique de l'artère et le bout central de la veine*, le sang nous a bien paru veineux. J'ai donc tout lieu de croire et de dire que ce sang avait dû traverser les capillaires pour revenir ainsi, et qu'il existait un renversement de la circulation.

M. Ricard. — L'expérience de M. Tuffier ne prouve en rien que le sang artériel, passant dans la veine, traverse les capillaires. Ce sang doit revenir dans la circulation veineuse par les anastomoses et si, le bout périphérique de l'artère sectionnée donne du sang, cela ne doit pas nous surprendre. Chaque fois que l'on sectionne une artère, le bout périphérique saigne toujours.

M. Delbet. — Tuffier nous dit : « Le sang passant forcément du bout central de l'artère dans le bout périphérique de la veine, par où revient-il au cœur s'il ne traverse pas les capillaires? » La question n'est pas bien embarrassante. Il revient par les innombrables anastomoses veineuses, comme toutes les fois que l'on fait dans une veine une injection centrifuge. Le sang, comme tous les liquides possibles soumis à une certaine pression, fuit du côté où la pression est moindre. Il a bien plus de facilité pour

s'écouler par les anastomoses veineuses que par les capillaires, et c'est par les premières qu'il doit passer.

Tuffier nous dit encore qu'après l'anastomose artério-veineuse bout à bout il a vu le sang revenir par le bout périphérique de l'artère, et il considère ce fait comme une preuve que la circulation se fait à l'envers par les capillaires. Mais nous savons tous que le bout périphérique d'une artère coupée saigne, et même abondamment. Ce fait ne prouve donc absolument rien.

Pour fournir un commencement de preuve du passage du sang au travers des capillaires par voie rétrograde, il faudrait analyser minutieusement le sang qui revient par le bout périphérique de l'artère et montrer qu'il présente tous les caractères du sang veineux. Or, cela n'a jamais été fait à ma connaissance. Il n'est donc nullement prouvé qu'après les anastomoses artério-veineuses même bout à bout, le cours du sang puisse s'inverser totalement. J'ajoute que cette inversion ne me paraît pas possible.

Hernie propéritonéale latérale. Etranglement à répétition. Résection des anses anciennement et récemment étranglées. Guérison.

M. Quénu. — J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des hernies propéritonéales étranglées. Une de ces observations a été lue à cette Société et honorée d'un rapport de M. Berger (3 mars 1886); il s'agissait d'un sac propéritonéal au voisinage d'une hernie crurale; l'incision fut médiane.

L'autre observation, inédite, est de date récente. J'ai été appelé, il y a dix-huit mois environ, auprès d'un malade, âgé de quarante-cinq à cinquante ans, atteint depuis six jours d'accidents d'occlusion intestinale incomplète d'abord, puis ayant abouti depuis quatre jours à la suppression complète des gaz et des matières. Le ventre était ballonné, sans être distendu à l'excès, sensible partout, mais particulièrement douloureux à la pression et spontanément, en un point situé en dehors du droit de l'abdomen du côté droit, au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Le facies était mauvais, pouls rapide, vomissements bilieux.

Le malade nous raconte qu'à deux reprises différentes déjà, depuis cinq ans, il a eu des accidents analogues mais qui ne durèrent que quarante-huit heures et se terminèrent spontanément par la guérison; néanmoins, il était sujet depuis à des douleurs de ventre et à des coliques. Dans ses deux crises antérieures, la localisation de la douleur était la même qu'aujourd'hui. Cette circon-

stance et la netteté du maximum douloureux nous firent soupçonner l'existence possible d'un diverticule péritonéal.

Opération sous le chloroforme le soir même, rue Oudinot, avec l'assistance de mon interne Muret.

Laparotomie médiane. Nous trouvons de suite une anse engagée dans un sac diverticulaire situé à droite.

Débridement par en dedans, nous amenons une anse noire et assez fortement serrée, mais, chose curieuse, à une faible distance de cette anse, à 8 ou 10 centimètres au-dessus d'elle, il en existe une autre offrant les traces d'un étranglement antérieur, sous la forme d'un sillon à la base de l'anse dont les deux bouts sont maintenus par des adhérences anciennes et épaissies, cette anse porte les traces évidentes d'un étranglement antérieur, elle s'est échappée en bloc du diverticule qui l'enserrait, elle a la même configuration et les mêmes dimensions que l'anse étranglée mais avec, bien entendu, une coloration et une consistance différentes, il nous paraît indiqué de supprimer l'anse rétrécie, mais nous n'avons pas assez de place entre cette anse et l'anse étranglée pour limiter la résection à la première. Nous faisons donc porter notre résection sur les deux anses.

Anastomose latéro-latérale; la cure radicale de la hernie est faite ensuite par la résection du sac et la suture de l'orifice, drainage.

Suites simples, la guérison s'est maintenue depuis.

Il nous a paru intéressant de signaler cet exemple d'accidents répétés d'étranglement qui, par deux fois, se sont terminés spontanément et de signaler aussi les lésions importantes qui avaient persisté du côté de l'intestin et du mésentère. Notre observation présente quelques points communs avec celle de Schwartz. Chez la malade de notre collègue, le cæcum présentait un point rétréci avec plusieurs nodules inflammatoires durs, et Schwartz nous dit « qu'il s'agit manifestement d'une partie de l'intestin qui a été plusieurs fois pincée et s'est dégagée ensuite ». Kronlein, nous dit Schwartz, a noté dans son mémoire de 1881 que toutes les opérations faites pour des étranglements s'étaient terminées par la mort, voilà deux exemples personnels dans lesquels l'opération a été suivie de guérison.

M. Ed. Schwartz. — Je remercie nos collègues qui ont bien voulu nous apporter les observations de hernie propéritonéale inguinale qu'ils possédaient en particulier Messieurs Delbet, Potherat et Quénu, dont les deux observations sont très intéressantes. Mais il s'agissait toujours de hernies étranglées, alors que dans mes cas l'étranglement n'existait pas.

J'ai été très heureux de susciter une discussion sur l'origine, la pathogénie de la hernie propéritonéale. Comme nos collègues Delbet, Lucas-Championnière et Broca je crois que les vices de conformation du canal vagino-péritonéal chez l'homme, du canal de Müller chez la femme, l'évolution du testicule ne jouent pas un rôle exclusif et que ces hernies rentrent en général dans la classe des hernies diverticulaires. Le diverticule se forme là où la paroi est la plus faible, et la poussée la plus forte, d'où la diversité des aspects anatomo-pathologiques observés, qu'il s'agisse de hernie congénitale ou acquise. Si j'ai communiqué mes observations, c'est surtout à cause de la physionomie clinique insolite de la maladie.

J'ai insisté sur ces crises douloureuses et d'occlusions répétées pouvant faire songer à un néoplasme du gros intestin, sur l'absence de toute hernie inguinale appréciable, celle-ci ne s'étant manifestée que pendant l'opération alors que la malade faisait des efforts de vomissements.

Je ne suis pas très certain que le cas si intéressant que nous a rapporté notre collègue Potherat doive être classé dans les hernies inguinales propéritonéales.

C'est là un fait complexe. Le malade avait été opéré six ans avant d'une ectopie. Il avait une hernie inguinale vagino-funiculaire très probablement, qui s'est étranglée au niveau de son collet et est restée étranglée après une fausse réduction, peut-être une réduction en masse.

Rien de plus naturel que la conduite suivie par notre collègue dans ce cas ; il a fait une opération de hernie étranglée anormale et pratiqué la kélotomie en prolongeant ses incisions autant qu'il a fallu pour atteindre l'agent de l'étranglement.

Tout autre était notre cas ; le diagnostic de hernie n'avait pu être porté que la malade, déjà soumise au chloroforme, et la masse roulant dans la fosse iliaque et constituée par un lipome pédiculé pouvait faire songer à une tumeur. De là, la conduite tenue : de là, la laparotomie, que je continuerai dans ces cas à pratiquer, parce qu'elle permet de faire un diagnostic complet et de parfaire le traitement.

A propos du tétanos.

M. POTHERAT. — J'ai demandé la parole à propos de la présentation de mon ami Guinard, parce que, moi aussi, j'ai observé un cas de tétanos céphalique, et que mon malade a guéri. Je pourrais même dire que j'ai observé deux cas de cette variété clinique de tétanos, si l'un des cas n'était venu qu'accidentellement, et pour ainsi dire en passant, à mon observation. Le malade, un homme, avait eu une plaie par éraillure de la face; au bout de très peu de jours, il présenta tous les signes du tétanos, mais caractérisé exclusivement par du trismus, de la raideur de la nuque, une extrême difficulté de la déglutition, une paralysie faciale d'ailleurs peu marquée. Ce malade, traité tout simplement par l'isolement et le chloral, guérit rapidement. Je n'insiste pas sur ce cas, que je n'ai suivi qu'incomplètement.

Mais j'ai par devers moi un autre cas, où j'ai suivi le malade depuis l'accident initial jusqu'à la guérison en passant par le tétanos.

C'était un garçon de quarante ans, employé chez un nourrisseur de Paris. En revenant de la banlieue, où il était allé chercher du fourrage vert, il tomba du haut de sa voiture, en même temps qu'une fourche américaine qu'il tenait à la main, et, dans la chute, une des dents de la fourche vint se piquer, sans la traverser totalement, dans la joue gauche, au centre de la fosse canine. Ces fourches américaines ont des dents très pointues et quelque peu cannelées. Elles font des plaies profondes et dont l'orifice se referme presque instantanément; les matières septiques introduites se trouvent incluses dans les tissus; aussi voit-on dans les campagnes souvent cette variété de blessures être suivie d'accidents septiques graves, et en particulier du tétanos. C'est là qu'il faut chercher l'explication du maléfice que les paysans attribuent volontiers à cet instrument de travail agricole.

Mais revenons à notre blessé. Je le vis peu après l'accident; on avait fait un pansement sommaire qui me parut suffisant, et je n'attachai tout d'abord aucune importance à cette plaie d'aspect insignifiant et qui n'occasionnait aucune douleur au blessé. Celui-ci continua son travail.

Mais voici que le cinquième jour on me demanda de revoir le blessé, chez lequel des phénomènes insolites venaient d'apparaître. Je constatai alors du trismus, de la raideur de la nuque, et un aspect particulier de la face qui frappait tout de suite par son asymétrie due à une contracture du côté opposé à la lésion, contrastant avec une flaccidité relative du côté blessé. Bientôt le

malade ne put déglutir les liquides eux-mêmes, bien que ceux-ci lui fussent introduits par un biberon dans l'intervalle laissé libre par une dent absente; il y avait une contracture manifeste des muscles du pharynx. Il y avait là tous les caractères du tétanos de Rose, tétanos céphalique et *hydrophobique*, expression impropre qu'il vaudrait mieux remplacer par celle de *dysphagique*.

Je montrai ce malade à M. Roux et aussi, car ce cas remonte à une époque lointaine, à mon cher et regretté maître Damaschino. A la demande de celui-ci, qui voulait rechercher le bacille de Nicolaïer, je fis l'excision de la blessure, déjà cicatrisée d'ailleurs, et le malade fut soumis simplement au traitement par le chloral, à la dose maxima de 12 grammes par vingt-quatre heures. En moins de trois semaines, la guérison était obtenue.

Ce cas, vous le voyez, Messieurs, est un fait très net de tétanos céphalique, dont plusieurs exemples vous ont été rapportés par les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, et en premier lieu par Guinard.

Cette variété est d'ailleurs bien connue, et si Guinard nous a présenté son malade, ce n'était vraisemblablement pas pour nous fournir une description renouvelée de Rose, du tétanos paralytique dysphagique, mais pour nous montrer la guérison qu'il avait obtenue et qu'il attribue volontiers à l'emploi de l'antitoxine injectée dans le canal rachidien. Et c'est là ce qui a conduit un grand nombre d'orateurs à se faire inscrire; je le présume, du moins.

Quelle valeur, au point de vue thérapeutique, convient-il d'attribuer à l'antitoxine dans le traitement du tétanos? C'est la question qui se trouve à nouveau posée.

Il est difficile d'y répondre d'une manière péremptoire.

Tout d'abord, les partisans convaincus de la valeur de l'antitoxine déclarent qu'elle est sans action ou, tout au moins, d'une efficacité insuffisante dans le tétanos confirmé, c'est-à-dire quand le poison élaboré dans le foyer traumatique a gagné les centres nerveux, fait qui se traduit par les contractures, les convulsions, etc. Ainsi s'expliquerait l'inefficacité des injections répétées au cours du tétanos, dans sa période d'acmé, pour ainsi dire. Cependant quelques faits très rares viennent à l'encontre de ces résultats négatifs, et le fait de Guinard est de ceux-là. Son malade était bien en période de tétanos confirmé; il a injecté l'antitoxine dans les centres nerveux eux-mêmes et le malade a guéri.

Mais nous sommes bien obligés de faire remarquer à Guinard qu'il s'agit ici de tétanos céphalique, c'est-à-dire d'une variété en quelque sorte atténuée, en tout cas d'une gravité relativement minime, puisque tous les malades affectés de cette variété gué-

rissent par les moyens les plus simples; mes deux malades en sont des exemples, il y en a bien d'autres.

En fait, et dans l'état actuel des faits, le tétanos confirmé, le grand tétanos, paraît bien ne pouvoir être guéri par l'emploi de l'antitoxine, même portée dans les centres nerveux eux-mêmes.

Mais en est-il ainsi quand l'antitoxine est injectée avant que n'éclatent les accidents du tétanos confirmé; en un mot l'antitoxine est-t-elle efficace à titre préventif?

C'est encore un point qu'il est plus difficile d'élucider qu'on ne pourrait croire.

Il est des chirurgiens qui vous disent : j'injecte à tout blessé susceptible d'être ultérieurement atteint de tétanos, et dès que je suis mis en devoir de lui donner mes soins, une dose suffisante d'antitoxine, et grâce à cette manière de faire je n'observe plus de tétanos. C'est là une formule qu'aime à répéter mon ami Pierre Bazy.

Mais est-il bien certain que c'est cette injection préventive qui éloigne le tétanos? N'êtes-vous pas favorisé par les circonstances, ou bien n'est-ce pas une autre pratique qui assure l'immunité contre l'infection spécifique?

M. Reynier n'a-t-il pas apporté des faits dans lesquels le tétanos a éclaté malgré les injections préventives?

Et puis, n'y a-t-il pas un très grand nombre de blessures où, soit à cause des circonstances, soit à cause du milieu, de l'éloignement, etc., l'injection préventive n'est pas faite et où cependant on ne voit point apparaître le tétanos, alors que les conditions semblent propices à son éclosion?

Tous ceux d'entre nous qui ont assisté à l'avènement et surtout aux perfectionnements et aux progrès de la chirurgie antiseptique et aseptique ont constaté que le tétanos, comme la plupart des complications des plaies, se faisait de plus en plus rare au fur et à mesure que la technique du pansement de ces plaies se modifiait.

Le fait était manifeste, évident avant même que nous n'en eussions l'explication scientifique. Cette explication nous est donnée par les caractères biologiques du bacille de Nicolaier. Nous savons que, pour qu'il se développe, qu'il se multiplie, il lui faut la coexistence d'autres microorganismes et en particulier des microbes pyogènes. Or, tous les lavages, les détersions, les abrasions, les excisions, tous les moyens en un mot que nous mettons en œuvre pour priver les plaies de la présence de ces microbes pathogènes en vue de prévenir la suppuration, ont pour conséquence de s'opposer au développement du tétanos.

C'est ainsi que l'on a vu, même dans le tétanos confirmé, l'excision du foyer traumatique, une amputation avoir été le

point de départ d'une guérison. Sans doute, à ce moment les centres nerveux sont atteints, mais l'ablation de la plaie primitive supprime le foyer où s'alimentait l'infection tétanique, et si l'on arrive à neutraliser le poison fixé sur les éléments nerveux, on provoque la guérison.

Or, on l'a dit déjà, et je tiens à le répéter, le chloral paraît avoir une action puissante au point de vue de la neutralisation recherchée. Dans tous les cas, et ils sont relativement nombreux, où j'ai enregistré une guérison, je l'avais employé à des doses très élevées ; je vous ai présenté ici un petit malade qui en avait pris jusqu'à trente grammes par jour pendant quelques jours (24 février 1904).

On a dit que cette neutralisation pouvait être obtenue par l'antitoxine elle-même ; c'est possible, mais cela ne me paraît pas hors de conteste.

En résumé, dans l'insuffisance de certitude où nous sommes encore sur la valeur thérapeutique de l'antitoxine antitétanique, soit à titre curatif, soit même à titre préventif, j'estime, et je conforme exactement ma pratique à cette opinion, que dans le traitement immédiat et consécutif des plaies nous devons surtout et avant tout nous appliquer à les nettoyer, déterger, débarrasser de tous corps étrangers, de tous débris organiques, ne laisser aucun diverticule inexploré. Ce faisant nous aurons travaillé efficacement à éloigner le tétanos en même temps que les autres infections.

Mais d'autre part, comme il se peut que l'antitoxine ait quelque efficacité, qu'en tout cas elle n'est pas nuisible, moins confiant que mon ami Bazy dans la vertu du remède, mais non moins soucieux que lui de ne rien refuser au blessé de ce qui peut assurer sa guérison, je fais ou fais faire depuis plusieurs années, de parti pris, une injection de dix centimètres cubes d'antitoxine de l'Institut Pasteur à mes blessés dès leur arrivée à l'hôpital.

M. Walther. — Mon ami Guinard a soulevé ici la question du traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Je rappellerai à ce propos que je vous ai présenté, il y a quatre ans, à la séance du 29 juillet 1903, un homme que j'avais traité, à l'hôpital de la Pitié, par les injections intra-rachidiennes.

Il s'agissait dans ce cas, non pas d'un tétanos céphalique, mais d'un tétanos aigu grave avec crises convulsives très violentes. Les injections intra-rachidiennes furent répétées trois fois, la première de 5 centimètres cubes, les deux autres de 10 centimètres cubes. En même temps, le chloral avait été administré à haute dose.

Enfin, la difficulté de la ponction rachidienne résultant de la tétanisation des muscles des gouttières vertébrales nous avait obligés à employer l'anesthésie chloroformique, et le soulagement amené par cette anesthésie avait été tel, que mon interne, M. Rollin, qui suivait très scrupuleusement ce malade, lui faisait respirer du chloroforme dès que les crises tétaniques reparaissaient. On arrivait ainsi à calmer, dès le début, les crises qui s'espacèrent progressivement.

Il est bien difficile de faire ici le départ de ce qui ressortit à l'action du chloral, à l'action du chloroforme, à l'action des injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique. Je tenais seulement à rappeler le résultat heureux que j'ai obtenu dans ce cas pour le rapprocher du fait rapporté par M. Guinard.

Quand à la question de l'effet des injections préventives qu'a soulevée M. Bazy, elle me semble toujours bien difficile à résoudre d'une façon précise. Nous ne pourrons l'établir que par de très longues statistiques comparatives soigneusement recueillies dans les mêmes milieux, puisque certains quartiers sont plus habituellement frappés. M. Bazy a rappelé ce qu'il a observé à Bicêtre. M. Potherat a dit que Ricard n'avait pas observé en un an à Bicêtre un seul cas de tétanos, que je n'en avais pas eu non plus. Il y a là une erreur que je dois relever. Lorsque j'ai pris le service de Bicêtre, après le départ de Ricard, j'ai trouvé une femme atteinte depuis la veille de tétanos céphalique avec paralysie faciale. Cette femme avait à la racine du nez, contre l'angle de l'œil, une petite plaie insignifiante due à la pénétration d'une bourre d'un petit pistolet d'enfant. Elle était depuis quelques jours dans le service, et les accidents tétaniques avaient éclaté après le départ de Ricard. Je la traitai par le chloral à haute dose et par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Elle succomba au bout de quelques jours.

Ce sont là les deux seuls cas de tétanos que j'ai observés depuis que je suis chirurgien des hôpitaux, tous deux d'origine extérieure. Pendant huit ans, je suis resté à l'hôpital Saint-Antoine remplaçant mon maître, M. Monod, ou faisant la consultation d'un mouvement si actif. Je n'ai pas observé un seul cas de tétanos; à ce moment, le sérum de Roux n'existait pas. S'il avait été connu, et si les injections préventives avaient été faites à ce nombre énorme de blessés de toutes sortes, il est certain que je pourrais apporter une statistique qui semblerait bien démonstrative en faveur de ces injections préventives.

Depuis sept ans que je suis à la Pitié, je fais ces injections dans tous les cas de plaies souillées par la terre, et je n'ai pas non plus observé de cas de tétanos chez mes blessés (le malade

que j'ai observé, en 1903, était entré dans le service en pleine attaque de tétanos). Il m'est donc bien difficile, d'après ce que j'ai vu, de conclure à l'efficacité des injections préventives ; je les fais cependant, parce qu'elles me semblent n'avoir aucun effet nuisible et qu'elles sont peut-être efficaces sans que j'en aie eu la preuve absolue.

M. Monod. — J'avais eu l'intention lors de la communication de M. Guinard, de faire remarquer que j'avais été étonné de le voir employer les injections de sérum antitétanique dans un cas de tétanos confirmé. Car il me semblait absolument admis par tous, depuis les recherches de Nocard, que ces injections ne peuvent être utiles que si on les fait préventivement. Pour ma part, j'ai eu recours à ces injections préventives dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine — comme M. Bazy et peut-être avant lui — chez tous mes blessés de la rue; la chose se faisait automatiquement, sous la direction de la surveillante dévouée qui me secondait à cette époque. J'ai continué malgré l'échec que M. Reynier a rappelé — et je ne me souviens que d'un cas survenu depuis lors, mais c'était chez une femme opérée d'un kyste de l'ovaire par laparotomie, chez laquelle je n'avais naturellement pas songé à faire une injection préventive.

Mais j'aurais renoncé à mon tour de parole, si je n'avais eu que cela à dire — les orateurs qui m'ont précédé s'étant tous prononcé dans ce sens. Seul M. Reynier nous a dit qu'il ne croyait guère à l'action préventive du sérum, mais plutôt à son action curative. Le fait méritait, il me semble, d'être relevé. Aussi bien, à ce propos, demanderai-je à mon excellent collègue et ami s'il ne pense pas que, dans ses cas, le chloral qu'il a employé à haute dose n'a pas eu pour la guérison de ses malades une influence supérieure à celle des injections de sérum.

Puisque j'ai prononcé le nom de Nocard, on me permettra de m'étonner aussi qu'il n'ait pas été mentionné dans cette discussion. Nocard a, en effet, établi expérimentalement la réalité de l'action préventive du sérum antitétanique — en même temps qu'il en établissait la complète innocuité. Je relève, entre autres, les chiffres suivants dans l'éloge de notre regretté confrère lu par M. Jaccoud à l'Académie de médecine. Pendant six mois d'expériences, 26 correspondants de Nocard n'avaient perdu aucun animal sur 375 traités, tandis qu'ils observaient 55 cas de tétanos sur des animaux non traités. Plus tard, l'expérience s'étendait à 2.727 sujets, dont aucun n'avait pris le tétanos. Et Nocard concluait de l'ensemble de ses recherches « que l'on pourrait, grâce aux injections préventives de sérum antitoxique, réduire

dans une large mesure le nombre des victimes du tétanos ».

Il ne s'agit là, il est vrai, que d'animaux, — mais je persiste à croire qu'étant donnée l'absence de danger de ces injections, il est bon de persister chez nos blessés dans la pratique des injections préventives, lorsqu'elles semblent indiquées.

M. Pierre Delbet. — La discussion actuelle a eu pour point de départ la présentation, par Guinard, d'un malade guéri d'un tétanos céphalique. Ce cas est incontestablement intéressant, mais à lui seul il ne peut prouver la valeur curative du sérum antitétanique. Nous savons que le tétanos céphalique revêt volontiers la forme chronique et qu'il a une gravité moindre que les autres formes de tétanos. Notre collègue Schwartz a rappelé la statistique qu'il a faite avec Terrillon. Il y en a une plus récente, celle de Poan de Sapincourt, qui donne une mortalité de 47 p. 100, tandis que la mortalité des autres formes de tétanos varie dans les diverses statistiques de 65 à 90 p. 100. Je mets à part les statistiques italiennes, car en Italie le tétanos paraît moins grave que dans les autres pays. La statistique de Sormanni, qui porte sur des cas antérieurs à 1887, antérieures par conséquent aux nouvelles méthodes de traitement, accuse une mortalité qui ne dépasse pas 44 p. 100.

Il est singulièrement difficile d'apprécier la valeur curative du sérum antitétanique. Quand un traitement n'est pas héroïque, il devient malaisé de déterminer s'il a une efficacité quelconque. L'incertitude d'un pronostic médical est toujours grande et l'on ne sait comment apprécier les modifications d'une évolution qui est elle-même fort incertaine. Il faut alors s'en remettre aux statistiques d'ensemble, qui ne prennent de valeur que si elles sont intégrales et portent sur un nombre considérable de faits. Vous connaissez les conclusions sévères du très beau rapport de Vallas et je n'ai pas à le rappeler ici. Je me bornerai à citer mes faits personnels, afin qu'ils puissent prendre place dans les statistiques futures.

Je n'ai aucune expérience des injections intra-veineuses, ni des injections sous-arachnoïdiennes, ni des injections épidurales, ni des injections intra-nerveuses.

L'un de mes malades a été soigné par l'injection intra-cérébrale, qui lui a été faite par M. Borrel lui-même. J'ai déjà parlé de ce fait. Il s'est terminé par la mort dans des conditions de rapidité telles que mon impression a été nettement défavorable.

Depuis, j'ai observé deux cas de tétanos. Les deux ont été soignés par des injections sous-cutanées massives ; les deux se sont terminées par la mort.

L'un des malades était atteint d'une fracture ouverte de la jambe. Le tétanos s'est déclaré au bout de quelques jours et, malgré des injections massives, la mort est survenue rapidement.

L'autre cas m'a bien vivement impressionné. Il s'agissait d'une malade de vingt-huit ans que j'avais hystérectomisée le 31 janvier 1906 pour des lésions de salpingite et une vieille grossesse isthmique. Tout s'était bien passé, les suites opératoires avaient été fort simples, quand, dans la nuit du septième au huitième jour, débutèrent les contractures. Je fis des injections massives de sérum antitétanique, je fis donner des lavements de chloral. Le résultat de ce traitement fut absolument nul, la malade succomba en quarante-huit heures, le 9 février à 2 heures du matin.

L'autopsie fut faite. La réunion était complète. Il n'y avait de pus nulle part, sauf dans la trachée. Il n'y avait aucune trace de péritonite.

Tous les points de la suture pariétale, tous les catguts furent ensemencés par le chef de clinique de M. Landouzy sur des milieux convenables; il ne se développa aucun bacille de Nicolaier.

L'éclosion de ce cas dans mon service où il n'y avait pas de tétanos, où il n'y en a pas eu depuis, était singulièrement troublante. Je fis une enquête pour tâcher de savoir comment la contamination avait pu se produire, et j'appris que la malade venait d'une ferme où il y avait eu une véritable épidémie de tétanos sur le bétail. Avait-elle apporté l'infection avec elle ? Où les bacilles de Nicolaier se sont-ils développés? Je n'en sais rien.

Je ne veux point envisager les diverses méthodes de traitement, préconisées contre le tétanos, mais je ne puis m'empêcher de dire combien j'ai été frappé des résultats obtenus en Italie, par la méthode de Bacelli, c'est-à-dire par les injections sous-cutanées d'acide phénique. D'après les statistiques publiées au XVe Congrès de la Société italienne de médecine, on aurait traité par cette méthode près de deux cents cas avec une mortalité qui ne dépassa pas 10 p. 100. Aucun traitement n'a donné de pareils résultats. Si le malheur me remet en présence d'un nouveau cas de tétanos, j'essairai cette méthode.

C'est surtout la valeur préventive du sérum antitétanique qui est actuellement discutée.

M. Monod nous disait tout à l'heure que nous n'avions pas le droit d'oublier les importants travaux de Nocard sur cette question. Nous sommes bien loin de les méconnaître. L'efficacité expérimentale du sérum antitétanique est surabondamment prouvée.

Tous les vétérinaires reconnaissent son action sur les animaux. Mais la question qui est posée non seulement devant la Société de chirurgie, mais aussi devant d'autres sociétés savantes (elle vient d'être discutée au Congrès des chirurgiens allemands), est la suivante : Le sérum antitétanique agit-il sur l'homme comme sur les animaux?

Pour ma part, je n'ai pas observé de tétanos développé sur un individu ayant reçu une injection antitétanique. L'un des cas dont je viens de vous parler, s'est développé sur une femme hystérectomisée pour lésions annexielles. Rien ne faisait prévoir cette terrible complication et aucune injection préventive n'avait été faite.

L'autre malade était entré à Laënnec avec une plaie de rue. La règle, dans mon service comme dans tous les autres, est de faire une injection préventive à tous les malades qui arrivent avec des plaies accidentelles. Aussi, quand le tétanos éclata chez ce malade, je fus très impressionné. Je fis une enquête, et la surveillante m'avoua que l'injection n'avait pas été faite.

Dans les discussions qui ont porté sur cette question, on ne s'est peut-être pas toujours suffisamment rappelé ce qu'est le sérum antitétanique. Il ne faut pas oublier qu'il n'a aucune action sur le bacille; il est simplement antitoxique. Il n'empêche pas le microbe de se développer; il empêche ses toxines d'agir sur le système nerveux, et l'immunité qu'il confère vis-à-vis des toxines est de courte durée. Certains expérimentateurs pensent qu'elle ne dure pas plus de dix jours.

Supposons une plaie souillée de boue ou de poussière, et admettons qu'elle est infectée de bacilles du tétanos. C'est dans ces conditions que nous faisons d'ordinaire les injections dites préventives. Remarquons d'abord qu'elles ne sont préventives que d'une manière relative. Elles sont préventives par rapport aux manifestations symptomatiques d'origine nerveuse qui n'ont pas encore éclaté, mais elle ne le sont pas par rapport au microbe qui est déjà l'hôte du blessé.

On fait donc l'injection antitétanique. Si cette injection est active, le malade est immunisé contre la toxine tétanique pour une dizaine de jours.

Mais que va devenir le bacille pendant ces huit ou dix jours, où il est rendu inoffensif? Bien des hypothèses sont possibles. Tantôt le bacille de Nicolaier ne trouve pas les associations microbiennes qui paraissent nécessaires à sa vie normale et il reste inoffensif. Tantôt, la plaie évoluant d'une manière correcte, il est phagocyté et il a disparu lorsque la période d'immunité est terminée. Tantôt, au contraire, il se multiplie, il prospère, il continue a produire

ses toxines, et lorsque l'immunité antitoxique est épuisée, les contractures paraissent et le tétanos suit son cours comme si de rien n'était.

Ainsi, les faits ou les symptômes du tétanos débutant dix jours ou plus longtemps après l'injection de sérum ne prouvent rien contre la valeur de ce sérum. Ils montrent tout simplement que son action est de peu de durée. Mais cela, nous le savons. Ce n'est pas une notion nouvelle. Elle est établie par les expériences. Nous sommes avertis.

Certes, on peut regretter que l'immunité conférée par le sérum ne soit pas de plus longue durée, mais on ne peut pas se servir des faits en question pour proclamer la faillite du sérum. L'immunité qu'il confère peut être très active et très courte : très active, c'est-à-dire capable d'empêcher complètement les effets de doses considérables de toxines, et très courte, c'est-à-dire de peu de durée. Ce peu de durée est d'ailleurs un caractère habituel des immunisations sérothérapiques. Elles se produisent plus vite, mais durent moins longtemps que les immunisations vaccinales.

Avant de tirer une conclusion quelconque de faits où le tétanos a éclaté après des injections préventives, il faut donc savoir au bout de combien de temps les premiers symptômes ont apparu.

M. Reynier, dans sa communication de la semaine dernière, a cité trente cas de tétanos développé après des injections. Certains de ces trente cas pourraient être discutés. Il en est, comme celui de Busche, où il paraît s'être agi d'accidents de sérothérapie et non de tétanos. Mais je ne veux pas faire la revision de ces cas publiés à l'étranger et voilà pourquoi.

Il me sembe qu'il ne faut faire état dans une même statistique que des injections faites avec le même sérum. Or, les méthodes de préparation varient suivant les pays. On se sert en Allemagne du sérum de Behring et Kitarato, en Suisse d'un sérum préparé à Berne qu'on a prétendu plus actif que le nôtre, sous prétexte qu'il agglutine le bacille de Nicolaier. En Italie, on emploie le sérum de Tizzoni. Dans nos divers instituts Pasteur, le sérum est préparé suivant la méthode de Roux et Vaillard. C'est celui-là seul qui nous intéresse.

Je ne m'occuperai donc que des cas où il a été employé, c'est-à-dire des cas publiés en France. Malheureusement, je n'ai pas eu le temps de me documenter sur tous. Voilà comment se classent, au point de vue de l'époque de l'apparition, les quelques cas sur lesquels j'ai pu avoir des renseignements.

Il en est deux où le tétanos s'est développé à une époque vrai-

ment éloignée de l'injection, quarante-six jours dans le cas de Remy, quatre-vingt-sept jours dans un cas de Terrier. L'immunité était sûrement éteinte. On ne peut pas se servir de ces cas contre les injections antitétaniques.

Puis vient une série de cas d'une interprétation dificile. Ce sont ceux de Monod, Mauclaire, Reynier et Bouglé, où le tétanos apparaît quatorze jours après l'injection; celui de Maunoury, où il apparaît le treizième jour. Dans ce cas, on avait fait trois injections, une immédiatement après l'accident, une le sixième jour et une le douzième. C'est près de quatorze jours après cette dernière que le tétanos se déclare. Enfin, dans un cas de Reynier, les premiers symptômes se manifestent le onzième jour.

Ces cas, on peut les interpréter de diverses manières, suivant l'idée que l'on se fait des injections antitétaniques préventives. Pour ma part, je suis très frappé de ce fait que la grosse majorité des tétanos qui se sont développés après les injections ont apparu vers le quatorzième jour. Ils confirment l'opinion de ceux qui soutiennent que la durée de l'immunité est en moyenne de dix jours. Ils montrent que cette immunité est de peu de durée, mais ils ne prouvent pas du tout qu'elle n'existe pas.

Il reste un cas de M. Terrier, celui-là nettement défavorable, car le tétanos se déclare le huitième jour.

Comment interpréter ce fait. On peut toujours incriminer une disposition particulière du malade. Mais il y a une autre explication que je ne me permettrais pas de formuler, si elle n'avait été émise par M. Roux lui-même, pour expliquer le cas de Maunoury : c'est que le sérum employé avait un pouvoir antitoxique insuffisant.

Un sérum antitoxique ne se prépare pas avec la même sûreté qu'un produit cristallisable. Il y a de nombreuses causes de perturbation. Permettez-moi de vous conter une petite histoire qui met en lumière l'une de ces causes.

Il y a une douzaine d'années, quand je faisais des recherches sur le lavage du sang, je voulais voir, entre autres choses, dans quelle mesure on peut désintoxiquer un animal par l'hématocatharsine (c'est le nom que j'ai donné au lavage du sang). J'eus l'idée d'expérimenter avec les toxines tétaniques. Je priais M. Nocard de m'en confier. Il eut l'amabilité de m'envoyer un petit flacon et il crut bon d'y joindre une lettre pour m'avertir de l'effroyable toxicité du produit et me mettre en garde contre les dangers de sa manipulation.

Pour me rendre compte du degré de toxicité, je commençai par faire une injection d'épreuve à un chien sans lui faire de lavage du sang et c'est fort heureux, car, sans cette précaution,

j'aurais été conduit à des conclusions singulièrement erronées. L'animal n'eut pas la moindre convulsion. Je fis une seconde injection à un autre animal : le résultat fut le même, c'est-à-dire absolument nul. J'écrivis à M. Nocard pour le mettre au courant de ces faits. Il me répondit que le chien était particulièrement réfractaire, qu'il fallait forcer les doses ou expérimenter sur un autre animal. Je forçai les doses, je fis des injections à des lapins, à des cobayes. Aucun animal n'eut de symptômes tétaniques.

S'il y a eu, à cette époque, des chevaux immunisés ou seulement éprouvés avec ces toxines, on comprend que leur sérum ait pu ne pas être très actif.

En somme, si les faits envisagés jusqu'ici ne prouvent pas l'efficacité du sérum antitétanique, ils ne prouvent pas non plus son inutilité.

Cette question, Messieurs, est obsédante. Le tétanos est une maladie rare, mais elle est si terrible, si dramatique par sa symptomatologie, qu'elle nous préoccupe tous. J'étais hanté de l'idée d'arriver à une certitude sur la valeur du traitement que nous lui opposons tous.

J'ai cru pouvoir y arriver en consultant les tables de mortalité. Si le sérum est actif, me disais-je, la mortalité par le tétanos doit avoir diminué depuis que la pratique des injections préventives est généralisée à Paris.

Je me suis adressé à M. Bertillon, qui a bien voulu me fournir les renseignements que je vais vous donner, et je l'en remercie. Je ne tiendrai pas compte des faits anciens, car il est possible que l'antisepsie ait diminué la fréquence du tétanos.

Pour ne point vous ennuyer par une trop longue énumération de chiffres, j'ai groupé les années par cinq.

De 1886 à 1890, 135 individus sont morts à Paris du tétanos.

De 1891 à 1895, la mortalité a été de 128.

En 1896, on commence à faire des injections préventives dans un certain nombre de services hospitaliers, ceux de M. Monod, de M. Bazy, de M. Schwartz, d'autres peut-être. Or, la mortalité de 1896 à 1900 augmente notablement; elle s'élève à 176.

A partir de 1900, la pratique des injections préventives est adoptée à peu près dans tous les services. De 1901 à 1905 la mortalité baisse un peu, mais elle reste encore plus élevée que dans les périodes antérieures aux injections : elle est de 153.

Je vous avoue, Messieurs, que j'ai été atterré, comme vous paraissez l'être, par ces chiffres. Pris en bloc, ils semblent prouver l'inefficacité absolue du traitement sérothérapique.

Ils n'ont peut-être pas une signification aussi nette.

D'abord, il est une chose très frappante dans cette statistique et sur laquelle M. Bertillon a attiré mon attention, c'est l'énorme proportion des malades domiciliés hors Paris. Et cette proportion a augmenté régulièrement de 1886 à 1905. De 1896 à 1900, le nombre des malades morts du tétanos à Paris mais domiciliés hors Paris est de 75, et celui des malades domiciliés à Paris est de 78. Pour aucune autre maladie, la proportion des domiciliés hors Paris n'est aussi forte. Quelle est la raison de cette proportion, je n'ai pas pu la trouver; elle est en tout cas singulièrement embarrassante, car il est bien évident que la mortalité doit être rapportée à la population, et il est impossible de savoir à quelle population correspondent ces domiciliés hors Paris (1).

(1) Voici les chiffres que M. Bertillon a bien voulu me communiquer.

Nombre des décès par tétanos, survenus à Paris,

	Domiciliés à Paris.	Domiciliés **hors** Paris.	Total.
1886	18	9	27
1887	20	6	26
1888	25	6	31
1889	14	9	23
1890	15	13	28
Total, 5 ans	92	43	135
1891	18	8	26
1892	18	7	25
1893	15	8	23
1894	13	10	23
1895	20	11	31
Total, 1891-1895.	84	44	128
1896	17	14	31
1897	13	18	31
1898	23	12	35
1899	23	19	42
1900	16	21	37
Total, 1896-1900.	92	84	176
1901	15	20	35
1902	18	18	36
1903	14	10	24
1904	20	11	31
1905	11	16	27
Total, 1991-1905.	78	75	153

Pour les domiciliés à Paris, nous allons voir, en rapportant le nombre des morts à la population, qu'en réalité la mortalité par le tétanos n'a pas augmenté.

De 1886 à 1890	la mortalité a été de :	0,8	pour 100.000 habitants.
De 1891 à 1895	—	0,7	—
De 1895 à 1900	—	0,7	—
De 1901 à 1905	—	0,6	—

Il y a donc eu plutôt une légère diminution depuis que les injections préventives sont couramment employées, mais en vérité elle est bien faible.

Ainsi de quelque côté que nous nous tournions, nous ne pouvons trouver la preuve péremptoire de l'efficacité des injections préventives du tétanos. Nous ne savons pas si chez l'homme elles sont efficaces. Voilà ce qu'il faut dire pour ne pas nous laisser aller à une sécurité trompeuse et surtout pour que les bactériologistes s'efforcent de perfectionner leurs méthodes de préparation.

Pratiquement, faut-il s'abstenir des injections préventives? Je ne le pense pas.

D'abord, elles sont absolument inoffensives. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé avec notre sérum français d'accidents sérothérapiques du genre de ceux que l'on a constatés dans d'autres pays.

Et si l'efficacité de la sérothérapie antitétanique préventive n'est pas absolument démontrée, il y a cependant des raisons d'y croire.

Je ne puis m'empêcher d'être impressionné par certains faits, bien que je sache qu'ils peuvent n'être que des coïncidences. De tous les malades qui sont entrés dans mon service de Laënnec avec des plaies de rue, un seul a eu le tétanos, et autant que je puis le savoir, c'est le seul qui n'ait pas reçu d'injection préventive. Et des faits du même genre ont été observés dans d'autres services.

Enfin, il est un autre fait bien frappant, c'est la bénignité relative des tétanos qui ont apparu après les injections préventives. Sur les sept dont je vous ai parlé, cinq ont guéri. C'est une proportion énorme. Cette bénignité avait déjà frappé Suter. Il semble que si l'immunité totale a été de courte durée, il a persisté une immunité relative, insuffisante pour empêcher les manifestations symptomatiques d'apparaître, mais capable cependant de les atténuer et de modifier la marche de la maladie.

Bien loin de conclure qu'il faut renoncer aux injections préventives, je suis d'avis qu'il faut les multiplier. Nous avons vu que la

grande majorité des tétanos qui se développent malgré les injections éclatent après le dixième jour. Cela confirme l'opinion de ceux qui fixent à dix jours la durée de l'immunité chez l'homme; et cela nous commande, il me semble, de répéter tous les dix jours les injections préventives jusqu'à cicatrisation complète de la plaie suspecte. C'est ce que je me propose de faire à l'avenir.

Présentations de malades.

Abouchement des deux uretères dans l'intestin.

M. Pierre Delbet. — Je vous ai présenté déjà une malade bien guérie à la suite de l'abouchement des deux uretères dans le gros intestin.

Je vous en présente aujourd'hui une seconde qui est dans les mêmes conditions. Je veux tout simplement vous montrer qu'elle se porte bien.

Je vous demande la permission de ne pas vous donner le détail de son observation qui est fort long et très compliqué. Je le donnerai prochainement daus un rapport que j'ai à faire sur ce sujet.

Mains creuses congénitales avec pouce varus à angle droit.

MM. Le Dentu et Mauclaire. — Voici un malade qui présente une affection congénitale assez curieuse. Les deux mains portent des lésions symétriques, les deux pouces sont en adduction à angle droit dans la paume de la main. Les autres doigts sont en légère flexion, et la flexion complète est possible, mais l'extension complète est impossible: quand on cherche à réduire la déviation on sent que la résistance tient à l'aponévrose, aux tendons et aux parties constituantes de l'articulation. Les têtes métacarpiennes font une saillie très marquée. Le pouce ne peut être redressé; c'est au niveau de l'articulation métacarpe phalangienne que siège la déviation. La première phalange du pouce est assez mobile sur la deuxième.

A la radiographie on ne voit aucune lésion apparente des os de la main. Au point de vue fonctionnel, le malade qui est comptable écrit en mettant la plume entre l'index et le médius. L'infirmité n'est donc pas complète.

Le malade présente, depuis l'âge de quatre ans, une scoliose qui siège sur les six à sept côtes inférieures gauche, près de leur extrémité postérieure. Le rachis est très peu dévié. En avant le thorax est normal sans déviation compensatrice des côtes à droite suivant la ligne diagonale oblique de la poitrine. Les orteils ne présente aucune déviation. Cet homme a été opéré pour une ectopie testiculaire bilatérale. Enfin, l'articulation temporo-maxillaire est peu mobile. Le palais est très ogival. Les dents antérieures sont mal implantées. Les canines sont en arrière des incisives.

L'un de nous, M. le Dentu, a déjà opéré un cas à peu près semblable. La déviation était limitée au pouce. Un lambeau a été pris dans la paume de la main et placé dans le premier espace intermétacarpien; le malade a été très amélioré. L'observation et les moulages ont été publiés dans le *Traité de chirurgie clinique opératoire*, t. X, p. 1228.

Mal perforant latéro-inférieur et superficiel du gros orteil. Greffe autoplastique italienne.

M. Mauclaire. — Le nommé M.., marchand ambulant, âgé de quarante-trois ans, entre le 15 mars 1907 à l'Hôtel-Dieu dans le le service de M. Le Dentu, pour un mal perforant. Ce malade a eu la syphilis à l'âge de vingt-trois ans. Il présente des signes de tabes, des douleurs fulgurantes, depuis 1900.

En 1905, il a une hémiplégie droite avec aphasie. En novembre 1906 apparaît un mal perforant à la face inférieure et latérale du gros orteil gauche à l'union de la première et de la deuxième phalange. Un autre mal perforant très petit se développe à la face dorsale du troisième orteil du pied droit; il est en voie de cicatrisation. A la face plantaire du côté droit sur le milieu, il existe une amorce de mal perforant; on note des signes du tabes : inégalité papillaire, douleurs fulgurantes, etc.

L'ulcération du gros orteil gauche a les dimensions d'une pièce de deux francs, la peau du pourtour est racornie, la sensibilité est presque abolie au pourtour de l'ulcération.

Le 20 mars je fais l'excision des tissus fongueux de l'ulcération; les deux pieds sont accolés, le gros orteil du pied malade est encadré dans la concavité interne du pied sain. Un lambeau autoplastique longitudinal est pris sur le bord interne du pied droit, il est placé sur l'ulcération du gros orteil sans tension et suturé au pourtour des tissus avivés.

Suture des bords de la plaie où le lambeau a été pris sur le pied sain. Un appareil plâtré en gouttière entoure les deux pieds et les maintient en bonne position pour que le lambeau ne soit pas tiraillé.

Le pédicule du lambeau est coupé le neuvième jour. La greffe est bien nourrie. Le huitième jour, la sensibilité à la pression sur la greffe est très bien perçue par le malade, mais pas la sensibilité à la douleur.

La plaie d'emprunt du bord interne du pied droit s'est cicatrisée rapidement.

Actuellement, le malade marche sans douleurs. J'espère que l'ulcération ne se reproduira pas. Ce procédé de traitement n'est surtout applicable que pour les maux perforants superficiels, c'est-à-dire sans lésions osseuses. Si l'os était malade, il serait peut-être préférable d'enlever d'abord les tissus osseux nécrosés et de ne faire l'autoplastie italienne que dans une deuxième séance opératoire.

Ostéomyélite chronique du tibia. Evidement et autogreffes de cartilages costaux.

M. Mauclaire. — J'ai présenté dans la dernière séance un cas d'ostéomyélite dans lequel j'avais essayé la greffe de cartilages costaux. Mais l'os était trop infecté. Dans le cas suivant, la greffe a réussi. Il s'agit d'un malade actuellement âgé de vingt-trois ans. Il y a douze ans, il a fait une ostéomyélite aiguë du tibia droit. Des séquestres ont été éliminés à des intervalles irréguliers. Il a présenté des lésions semblables au niveau du péroné gauche. Un premier grattage a été fait trois ans après, c'est-à-dire en 1897. Nouvelle récidive neuf ans après en 1906 et sur le tibia droit et sur le péroné gauche. Le malade entre le 27 janvier 1907 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Le Dentu. Le 9 février, je lui fis un nouveau curettage du foyer ostéomyélitique du péroné et du tibia. La cavité du tibia n'étant pas très grande, je pris des fragments de cartilages costaux du rebord costal inférieur gauche, et je les introduisis dans la cavité tibiale bien asséchée. Je ramenai assez difficilement les parties molles par-dessus. La plaie se cicatrisa très rapidement, toutefois il y eut une fistulette pendant quelque temps sans élimination des fragments cartilagineux greffés.

J'espère que cette fois la guérison sera définitive. La greffe

des cartilages costaux a permis sans aucun doute un comblement rapide de la cavité osseuse.

Il serait intéressant de savoir ce que deviendront ces cartilages costaux. Seront-ils réellement greffés, et l'on sait que le cartilage se greffe facilement et vit (Helferich)? Ou bien seront-ils peu à peu envahis par le tissu osseux normal, comme les fragments d'os morts que l'on greffe dans les cavités osseuses ainsi que l'on démontré de nouveau les recherches récentes de Cornil et Coudray. (Archives de médecine expérimentale de 1903.)

Il est évident que la cavité à combler doit être assez petite si l'on veut utiliser les cartilages costaux, car ceux-ci ne présentent pas un volume suffisant pour combler une grande cavité.

Voici la radiographie du tibia après l'opération. On ne voit rien de bien spécial.

Je pense enfin que les greffes de tissus vivants (os — cartilage — moelle osseuse) sont préférables aux greffes de tissus morts (os décalcifié, os calciné, etc.) ou d'éléments inertes (plombages métalliques ou iodoformés) pour éviter les récidives ultérieures. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Présentations de pièces.

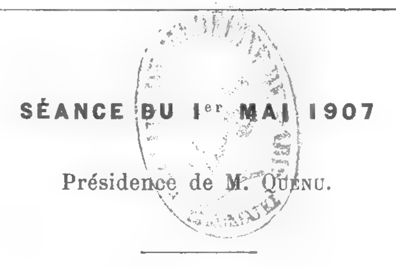
Amputation de Ricard.

M. Ricard présente les pièces provenant de l'autopsie d'un malade auquel il a fait, il y a quelques années, l'amputation médio-tarsienne du pied avec ablation de l'astragale. Le calcanéum malgré l'envahissement tuberculeux de la jointure, s'était très bien accommodé à la mortaise tibio-tarsienne.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 1er MAI 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

1°. — Un mémoire de M. le Dr Dieulafé (de Toulouse), intitulé : *Lithiase urique et mal de Pott.* — M. Villemin, rapporteur.

2°. — Une note de M. le Dr Vanverts (de Lille), relative au *Traitement du Tétanos* (sera publiée).

3°. — M. le Dr Le Dentu présente les deux premiers fascicules de la 2e édition du *Traité de Chirurgie*, publié sous la direction du professeur Le Dentu et de M. le Dr Delbet.

A l'occasion du procès-verbal.

Abcès appendiculaires pelviens, ouverture par voie rectale.

M. ROUTIER. — Je n'ai eu à intervenir par la voie périnéale ou rectale qu'un très petit nombre de fois dans les abcès d'origine appendiculaire qui se sont présentés à mon observation, et, comme cela arrive souvent, les trois cas que je vais vous rapporter sont venus en série ; je les ai observés tous les trois dans la même année, en 1906, et deux ont été opérés le même jour.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui, depuis sept ans, avait de fréquentes crises d'appendicite ; chaque fois, il avait de la douleur dans la fosse iliaque droite, de la fièvre et des vomissements ; malgré cela, il n'avait jamais voulu se faire opérer.

Le 27 février 1906, il eut une crise plus forte encore que les précédentes, et fut dirigé vers mon service comme atteint d'occlusion intestinale le 1er mars.

Absent pour raisons de santé, je ne vis ce malade que le 4 ; l'occlusion avait cessé, il était apyrétique, et je ne vis aucune indication spéciale à remplir.

Le 7, le malade demandait à rentrer chez lui. Mais le 12, on le ramenait, avec cette fois une rétention d'urine absolue et de vives douleur dans le bassin.

Le 13, après examen, je reconnus que ce malade avait trois rétrécissements de l'urètre, très serrés, mais, par le toucher rectal, je trouvai, en outre, une énorme collection liquide entre la vessie et le rectum.

Je voulus d'abord vider sa vessie ; je dus pour cela pratiquer une urétrotomie interne, je coupai les trois points rétrécis et pus ainsi placer une sonde à bout coupé n° 17.

La vessie vidée, restait cette énorme tuméfaction prérectale, qui montait à mi-chemin de l'ombilic, sans envahir la fosse iliaque pas plus à droite qu'à gauche.

Dans le but d'éviter l'infection du foyer par l'ouverture du rectum, qui était cependant bien tentante, car la paroi antérieure du rectum était saillante au toucher, je pratiquai une taille prérectale et à bout de doigt, très profondément, je pus évacuer plus d'un litre de pus horriblement fétide.

J'introduisis un gros drain du volume du pouce, et par là je pratiquai des lavages au permanganate ; après avoir fait passer plusieurs litres de liquide et lié la transverse du périnée qui

donnait, je plaçai un vrai tamponnement autour du drain, car la plaie périnéale saignait encore.

En somme, mon intervention avait été assez laborieuse.

Les suites furent simples; le premier jour, il eut une énorme débâcle intestinale; au bout de quelques jours, j'enlevai le tamponnement.

Cependant la suppuration continua, et ce n'est que le 10 avril qu'il était cicatrisé.

A ce moment, il restait une induration manifeste dans la fosse iliaque droite, mais, toutes les fonctions ayant parfaitement repris, le malade se trouvant guéri demandait à rentrer chez lui le 11 avril. Je ne l'ai pas revu depuis.

Le même jour, le 13 mars 1906, j'étais appelé par un de mes confrères auprès d'un petit malade âgé de dix ans, que j'avais déjà vu avec lui pour une crise subaiguë d'appendicite, quinze jours auparavant.

Il nous avait semblé à ce moment qu'on devait attendre le refroidissement de sa crise pour l'opérer, mais, malgré un traitement très strict, et après une amélioration des plus nettes, cet enfant avait été repris de violentes douleurs abdominales, siégeant à droite et à gauche, avec ballonnement. Les mictions étaient devenues très fréquentes et douloureuses, et il ne rendait chaque fois que quelques gouttes.

L'anus était douloureux, béant, et la paroi rectale formait une vraie rectocèle; on sentait facilement la fluctuation entre le doigt placé dans le rectum et la main placée au-dessus du pubis.

Dans ce cas vraiment, je jugeai que l'incision périnéale serait une vraie complication, et je pratiquai tout simplement une assez longue incision verticale sur la paroi antérieure du rectum qui se présentait à la vue.

Il sortit plus d'un litre de pus fétide; j'introduisis deux drains dans cette incision, et pratiquai un fort lavage au permanganate; puis je calai mes deux drains avec deux mèches, le tout, drain et mèche, sortant par l'anus.

Le lendemain, l'apyrexie était complète, et il se produisait une forte débâcle intestinale.

L'enfant était cryptorchide à gauche, il avait accusé un peu de douleur de ce côté; six jours après mon intervention, il avait manifestement un abcès qui, descendant du canal inguinal, avait envahit toute sa bourse gauche; je l'incisai, il fut lavé à l'eau oxygénée; je ne vis ni ne sentis son testicule.

Le tout guérit très rapidement; le 26, l'enfant se levait, il n'avait plus ni drain ni mèche depuis huit jours; la guérison avait été beaucoup plus rapide que chez le malade opéré le même jour.

dont je viens de vous parler et que j'avais traité pour une affection analogue par l'incision prérectale.

Ce fut la raison pour laquelle je traitai mon troisième cas aussi par l'incision rectale.

Il s'agissait cette fois d'une jeune fille de seize ans qui avait eu une première crise d'appendicite en janvier 1906. Le 20 juillet, elle fut brusquement prise de douleurs, de vomissements, de ballonnement du ventre, avec 40 degrés et 140 pulsations.

Je ne la vis que le 20 août, elle avait 39°5, 120 pulsations; le ventre était dur, soulevé par une tuméfaction qui, partant de la fosse iliaque droite, allait dans la fosse iliaque gauche en montant au-dessus de l'ombilic.

Elle avait un ictère intense, mais ne vomissait plus; je pratiquai le toucher rectale et trouvai le petit bassin rempli.

Le lendemain matin, après avoir anesthésié cette jeune fille, je pratiquai la dilatation de l'anus, et, après un fort lavage du rectum dont la paroi antérieure bombait sous nos yeux, je fis dans cette paroi, suivant la ligne médiane, une incision qui donna issue à plus d'un litre de pus infect.

Avec deux gros drains placés dans cette boutonnière, je pratiquai un fort lavage au permanganate, et calai les deux drains avec deux mèches de gaze.

Les suites furent des plus simples; le lendemain, le ventre était souple, l'ictère s'atténuait, la fièvre était tombée; le 23 août, la malade était parfaitement guérie.

De ces faits, il me semble qu'on peut hardiment conclure que, dans les cas d'abcès pelvien d'origine appendiculaire, l'ouverture par le rectum est très bénigne et très efficace, beaucoup plus facile en tout cas et amenant la guérison beaucoup plus rapide que l'incision prérectale, par exemple.

En somme, l'infection de l'intestin remontant dans la cavité de l'abcès, qu'on devrait théoriquement redouter, ne se produit pas, et les faits pratiques militent en faveur de cette voie d'accès dans cette variété d'abcès appendiculaires pelviens. En somme, nous ne faisons qu'imiter la nature et nous savons tous la bénignité habituelle des abcès abdominaux qui s'évacuent naturellement par l'intestin.

M. Sieur. — L'observation de M. Picqué me rappelle un cas d'appendicite pelvienne ayant évolué d'une façon tellement insidieuse qu'on avait pensé avoir affaire à une péritonite tuberculeuse. Voici en résumé l'histoire du malade.

Le zouave P... a perdu un frère, mort à l'âge de neuf ans, de méningite. Lui-même, il y a trois ans, a eu une fluxion de poitrine et depuis lors il s'enrhume facilement.

Ayant assez fréquemment des troubles intestinaux, il est pris, vers la fin de janvier 1905, de coliques légères avec nausées, mais sans vomissements. Comme il est constipé, on lui donne un purgatif qui produit une débâcle et calme les coliques. Température vespérale, 38 degrés.

Il reste ensuite plusieurs jours sans éprouver de douleurs mais avec tendance à la constipation. Cette dernière s'accentuant, on administre un second purgatif qui est le point de départ de coliques violentes sans localisation précise. De nouveau la température s'élève à 38 degrés et le malade est évacué sur l'hôpital.

Admis tout d'abord dans un service de médecine, on songe au diagnostic d'appendicite, mais on y renonce en raison de l'ensemble des signes présentés par le malade. La température vespérale atteint à peine 37°5, le pouls est à 72; l'amaigrissement est extrême, les yeux sont excavés et les pommettes saillantes. Le ventre est tendu surtout dans la région hypogastrique où se sont localisées les douleurs et il existe une constipation opiniâtre.

Au bout de huit jours, le 13 février 1905, il est évacué dans mon service, parce que, depuis deux à trois jours, le malade est dans l'impossibilité d'aller à la selle.

Au moment de son entrée, je constate que sa température est normale et son pouls à 70. Le ventre est volumineux, tendu, tympanisé sur le trajet du gros intestin, dur et résistant dans la région sous-ombilicale avec sensation de cordons volumineux siégeant dans les deux fosses iliaques. Par le palper, on sent une masse qui occupe tout le petit bassin et remonte jusqu'à l'ombilic, à surface irrégulière, mate en certains points, sonore sur d'autres, avec légère sensation de flot d'une fosse iliaque à l'autre. Ce qui gêne le plus le malade, c'est un besoin presque permanent d'aller à la selle et qu'il lui est impossible de satisfaire, car tous ses efforts aboutissent à l'émission de quelques gaz et de matières ovillées en très petite quantité. Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum est refoulée en bas et en arrière et que tout le bassin est rempli par une masse résistante, qui ne donne pas la sensation de fluctuation, mais qui transmet à la main placée au niveau de l'ombilic l'impulsion produite par le doigt introduit dans le rectum.

Après quatre jours d'observation au cours desquels les accidents d'obstruction intestinale, l'amaigrissement et le volume du ventre n'avaient fait qu'augmenter, je me décide à intervenir, persuadé que j'avais affaire à une forme de péritonite tuberculeuse assez fréquente dans l'armée.

Supposant que la vessie était fortement déplacée, je prends soin de la vider par le cathétérisme et après anesthésie, je fais une

incision médiane sous-ombilicale. A égale distance de la symphyse pubienne et de l'ombilic, je rencontre l'ouraque et me guidant sur lui je cherche à ouvrir avec ménagement le péritoine pariétal, quand je m'aperçois que la vessie vient d'être déchirée sur 1 centimètre d'étendue. Deux surjets au catgut fin ne comprenant que la fibro-muqueuse aveuglent aussitôt cette déchirure et, me guidant alors sur la vessie, j'effondre avec le doigt le péritoine pariétal qui est infiltré, épaissi et adhère aux anses intestinales, lesquelles sont unies entre elles et forment un véritable bloc. Insinuant l'index entre les anses et cherchant à me porter vers la cavité du bassin, je ne tarde pas à donner issue à un flot de pus d'odeur caractéristique, indiquant qu'il s'agit d'un énorme foyer appendiculaire. La poche occupe, en effet, toute la cavité du bassin, comprimant le rectum en arrière, la vessie en avant et refoulant en haut les anses grêles qui par leur union lui forment une sorte de dôme. Un grand lavage au sérum chaud enlève tout le pus et les débris fibrineux qui s'y trouvent accumulés et deux drains accouplés, du volume du pouce, en assurent le drainage.

La guérison s'est faite en moins de deux mois, sans autres incidents qu'une fistulette vésicale qui se tarit d'elle-même en quelques jours.

Outre son évolution très anormale, eu égard à l'étendue de la poche purulente, le fait que je rapporte offre un autre intérêt. Il montre une fois de plus que ces vastes abcès appendiculaires pelviens guérissent fort bien et vite par l'incision abdominale et le drainage sus-pubien. Aussi, je me range entièrement à l'opinion de M. Picqué lorsqu'il s'élève contre l'incision rectale, malgré les succès qu'elle a procurés à certains chirurgiens et qui nous ont été rappelés par MM. Chaput et Reynier. Quand on pense à la complexité et à la multiplicité des adhérences que crée ordinairement la variété pelvienne de l'appendicite entre les anses grêles et les parois du pelvis et entre les anses intestinales elles-mêmes, j'estime qu'on doit hésiter à pousser à l'aveugle, à travers la paroi rectale, un trocart ou un bistouri, ce dernier fût-il d'un modèle spécial.

En second lieu, le drainage par la voie rectale ne peut être qu'imparfait, vu les conditions par trop anormales dans lesquelles il est établi, et il se prête mal à l'élimination rapide des gros blocs fibrino-purulents que l'on trouve toujours en grande abondance dans la poche purulente. Par la voie abdominale, au contraire, l'incision est large, les drains volumineux et nombreux et, comme la masse intestinale grêle tend naturellement à reprendre sa place au fond du bassin, elle agit à la façon d'une pompe foulante et chasse d'elle-même les liquides à l'extérieur.

Quant au drainage par la *voie sacrée*, il y a longtemps qu'il n'a

plus qu'une valeur théorique. Étudié par Jaboulay et Frœlich (1), il n'a été appliqué qu'une seule fois par Jaboulay et ne mérite pas d'être discuté dans la question qui nous occupe.

Reste la *voie prérectale*, préconisée par MM. Mauclaire et Delanglade et à laquelle semble se rattacher M. Picqué. Malgré les succès qu'elle a donnés, je la considère comme une *voie de nécessité.* Et si je comprends que M. Robert Picqué y ait eu recours en raison des conditions un peu spéciales dans lesquelles il se trouvait, j'estime que dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, il est beaucoup plus sage et beaucoup plus chirurgical d'aborder la collection par la *voie abdominale.* L'incision prérectale est forcément étroite, profonde, et je dirais presque aussi aveugle que la voie rectale, attendu que dans le cas de diagnostic incertain, elle ne permet pas de se rendre compte des lésions existantes.

Je m'empresse de reconnaître que l'incision abdominale n'est pas elle-même exempte de dangers, puisqu'elle expose à la blessure de la vessie. Mais du moins, elle permet de réparer aussitôt les dégâts commis et d'explorer la région malade. J'ajoute qu'il est très facile d'éviter de blesser la vessie lorsqu'on a soin, ainsi que je le fais ordinairement, d'introduire un béniqué ou une sonde métallique dans la cavité vésicale avant de commencer l'incision de la ligne blanche.

A propos du traitement du tétanos.

M. J. Vanverts (de Lille), *membre correspondant.* — L'inefficacité des injections de sérum antitétanique, comme traitement du tétanos aigu, est actuellement démontrée. Elle est plus discutable en ce qui concerne le tétanos chronique. Certaines observations semblent démontrer que dans cette forme à apparition tardive et à évolution lente, le sérum n'est pas dépourvu de toute valeur. S'il en est ainsi, il ne faut pas hésiter à utiliser cette précieuse ressource, d'autant que la bénignité du tétanos à développement tardif est loin d'être absolue.

M. le professeur Calmette, que j'entretenais récemment de cette question, me déclarait qu'à son avis le sérum antitétanique n'avait pas de pouvoir curatif, mais qu'il avait pour effet, dans le tétanos chronique, de raccourcir notablement la durée de la maladie. Cette opinion me semble très défendable.

Cependant la possibilité — la fréquence même, d'après cer-

(1) Daireau. *Thèse de Lyon*, novembre 1895.

tains — de la guérison spontanée dans le tétanos chronique rend complexe l'interprétation des faits de guérison après l'emploi du sérum. Il faudra de très nombreux faits pour permettre la solution de cette intéressante question.

C'est donc à un simple point de vue documentaire que je rapporte l'observation suivante, dans laquelle l'action efficace du sérum semble avoir été bien réelle.

Femme de vingt-trois ans, syphilitique, nullipare. Depuis six mois, légère hémorragie vaginale après le coït. Pas de douleurs abdominales. Amaigrissement nul ou presque nul. Le toucher vaginal fait reconnaître l'existence d'un épithélioma bourgeonnant, très saignant, limité à l'extrémité libre de la lèvre postérieure du col.

10 *octobre* 1906. — Hystérectomie abdominale totale. Le vagin est sectionné entre deux pinces en L, suivant le procédé de Goullioud. Ligature des vaisseaux, péritonisation du bassin, suture du péritoine pariétal au catgut n° 2. Drain plongeant au fond du bassin et sortant par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale. L'opération a été simple; mais la vessie, qui remontait à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis, a été blessée au moment de la section du péritoine pariétal; la brèche vésicale a été fermée par deux plans de suture au catgut.

Les suites opératoires sont d'abord simples, bien que la température soit un peu au-dessus de la normale : le 12, 37°8 le matin, 38 degrés le soir; le 13, 37°3 le matin, 37°7 le soir; le 14, 37°6 le matin, 38 degrés le soir; le 15, 37°9 le matin, 37°7 le soir; le 16, 37°5 le matin, 37°9 le soir; le 17, 37 degrés le matin, 37°8 le soir; le 18, 37°4 le matin, 38°2 le soir; le 19, 37°3 le matin, 38°4 le soir; le 20, 37°1 le matin, 37°5 le soir; le 21, 36°8 le matin, 38 degrés le soir.

Le 13, c'est-à-dire trois jours après l'opération, de l'urine s'écoule par le vagin. Cet écoulement, plus abondant le 14, diminue ensuite progressivement et cesse définitivement le 23.

La réunion de la plaie abdominale se fait par première intention, sauf au niveau de l'ancien trajet du drain qui a été enlevé deux jours après l'opération; en ce point se développe une suppuration d'abondance moyenne, qui est traitée par des lavages à l'eau oxygénée et l'application de gaz au peroxyde de zinc.

Le 22 (douze jours après l'opération), la malade éprouve des difficultés à écarter les mâchoires. Température axillaire : 36°8 le matin, 37 degrés le soir.

Le trismus augmente le 23. Ce même jour, la suppuration de l'ancien trajet du drain a considérablement diminué; elle se tarira rapidement en quelques jours. On fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Température : 36°4 le matin; 37°4 le soir.

Le 24, trismus plus accentué. Température : 37°4 le matin, 37°2 le soir. Pouls, 90. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique le matin et le soir.

Le 25, trismus stationnaire; il n'est pas absolu et un léger écartement

des dents est possible. La douleur massétérine est peu accusée et sans exaspérations, sauf après les mouvements de mastication. Température : 36°4 le matin, 37°6 le soir. Pouls, 90.

Le 26, trismus stationnaire, légère raideur de la nuque. Température : 36°5 le matin, 37°8 le soir.

Le 27, difficulté de la déglutition; les liquides avalés refluent par le nez. Température : 36°4 le matin, 38°7 le soir. Le soir, injection de 50 centimètres cubes de sérum antitétanique. Deux heures après, la température atteint 40 degrés.

Le 28, trismus et troubles de la déglutition plus accentués. L'état général reste bon. Température : 37 degrés le matin, 36°9 le soir. Le soir, une sédation apparaît dans les contractures.

Le 29, l'amélioration est plus accusée. Température : 36°8 le matin, 37°8 le soir. Légère poussée d'urticaire.

Malgré mes recommandations, le calme et l'obscurité n'ont jamais été conservés autour de l'opérée.

Le 30, température : 37°7 matin et soir.

Le 1er octobre, l'amélioration est très accusée : les troubles de déglutition ont complètement disparu, le trismus est moins marqué. L'urticaire augmente et augmentera encore pendant deux jours, puis s'amendera progressivement et disparaîtra.

En quelques jours, le trismus cède complètement.

Jusqu'au 6 octobre, la température s'élève le soir à 38 et même 39 degrés; mais cette fièvre est probablement due à l'intoxication par le sérum.

La guérison reste parfaite jusqu'en mars 1907, époque à laquelle apparaissent les premiers phénomènes de récidive (douleurs et bourgeonnement au niveau de la cicatrice vaginale).

Je me bornerai à rappeler, à propos de ce fait, que la cause de l'infection tétanique semble devoir être placée dans une désinfection insuffisante du catgut utilisé, car ni moi, ni mon aide n'avons, depuis plusieurs années, soigné de tétaniques.

J'ajouterai qu'à l'occasion du même fait j'eus la curiosité de faire une rapide et très incomplète enquête locale, et je pus réunir sept cas récents de tétanos post-opératoire, tous suivis de mort. Cette constatation permet de conclure que si le tétanos accidentel devient de plus en plus rare, grâce à la désinfection minutieuse des plaies en particulier par les composés oxygénés et à l'emploi préventif du sérum antitétanique, il n'en est peut-être pas de même du tétanos post-opératoire.

M. Bazy. — Si j'ai pris la parole, c'est que je ne saurais trop m'élever contre cette tendance que j'appellerai antiscientifique de mon ami Reynier à mettre en doute l'action préventive du sérum.

Je n'ai pas en ce moment présents à l'esprit tous les cas de tétanos, mais je ne prends que le cas de M. Reynier : or, son malade a pris le tétanos au dixième jour, dit-il, mais son malade a suppuré. Or nous savons tous que les malades suppurants sont particulièrement aptes à recevoir le tétanos ; les expériences de Vaillard à ce sujet sont particulièrement suggestives je n'y insisterai pas ; je dirai même que Vaillard a démontré que le tétanos peut apparaître cinquante jours après l'injection de microbes tétaniques. Les microbes peuvent rester inactifs, empêchés par une zone protectrice ; qu'on place ces animaux dans des conditions défavorables, et immédiatement la zone protectrice de leucocytes disparaît et les spores peuvent sécréter leur toxine et produire le tétanos. C'est l'histoire des poules de Pasteur.

Pasteur injecte à des poules le microbe du choléra des poules, elles ne prennent pas le choléra, elles restent bien portantes ; il les refroidit, et elles en meurent.

M. Monod nous a cité l'expérience de nombreux vétérinaires écrivant à Nocard n'avoir pas eu, à la suite de nombreuses castrations faites, après injection préventive de sérum antitétanique un seul cas de tétanos.

Je peux vous citer une anecdote assez suggestive que je tiens d'un grand éleveur des environs de Nonant-le-Pin.

Tout le monde sait que les chevaux prennent assez souvent le tétanos à la suite de la castration :

Un vétérinaire avisé de la région, très au courant des travaux de Nocard dès leur apparition annonça aux éleveurs de la région qu'il garantissait dorénavant la réussite de la castration, mais qu'il élèverait son prix. Tous les éleveurs s'empressèrent de *s'assurer* ainsi contre les risques de l'opération, et il a gagné ainsi pas mal d'argent jusqu'au moment où ses confrères eurent deviné la cause de ces succès constants.

Il me semble que l'action préventive ne peut mieux être démontrée, au moins sur les animaux.

M. Delbet s'est demandé si l'action préventive si bien démontrée sur les animaux était aussi réelle chez l'homme.

Je ne vois pas pourquoi cette action ne serait pas la même, puisque le tétanos a la même origine. En tout cas, il a fait allusion à l'irrégularité d'action de ce sérum et en particulier au cas de Maunoury dans lequel l'action préventive appliquée d'une manière sérieuse avait été inefficace.

On l'a expliqué (et c'est M. Roux qui a donné cette explication) en disant que certains sérums pouvaient être trop faibles.

Depuis ce moment, je fais mettre sur le cahier où l'on consigne les injections de sérum antitétanique, à côté du nom de l'individu

injecté et de la date de l'injection, la date marquée sur le flacon de sérum injecté, de sorte que si, par hasard, le sérum était inefficace, on pût savoir à quelle date répond la préparation du sérum.

En terminant, je reviens sur ma protestation contre les idées que paraît exprimer M. Reynier qui paraît combattre, en publiant les cas de soi-disant insuccès, ces injections préventives. On doit d'autant moins les combattre qu'elles ne donnent jamais lieu au plus petit incident, du moins je n'en ai jamais vu ; un chirurgien m'a cependant dit avoir observé une éruption à la suite d'une injection préventive : c'est le seul cas que je connaisse.

Il est remarquable que deux cas, celui de Delbet et celui de Routier, où le tétanos apparu à la suite d'une plaie de rue, aient été des cas où on n'a pas fait, malgré la règle adoptée dans leurs services, une injection préventive. La coïncidence est pour le moins singulière.

M. Routier. — Depuis que mon ami Bazy a préconisé les injections préventives de sérum antitétanique, j'ai adopté cette méthode, et a règle, dans mon service, est que tout individu blessé dans la rue reçoit dès son entrée une injection de dix centimètres cubes de sérum antitétanique.

Est-ce pour cela que j'ai observé fort peu de cas de tétanos, je n'en sais rien, mais le fait n'en est pas moins réel.

Voici, en tout cas, une observation qu'il m'a paru intéressant de vous communiquer.

Le 4 avril on apportait dans mon service un homme âgé de soixante-sept ans qui venait d'avoir le gros orteil gauche écrasé par une roue de charrette.

On fit un pansement humide après avoir fait prendre un long bain de pieds au blessé, et avoir lavé les parties écrasées avec de l'eau oxygénée : il avait 37°2.

Le 6 avril, brusquement, ce malade eut 39°5 ; comme rien du côté de la plaie n'expliquait cette ascension de température, et et que d'autre part, il toussait, je l'auscultai et, constatant que cet homme emphysémateux avait de nombreux râles sibilants, je prescrivis une potion calmante et des ventouses.

Le lendemain, la température était retombée à 37°5 et s'y maintint deux jours.

Le 10, la température remonte à 38°5 ; rien ne nous explique cette ascension.

Le 12, huit jours après l'accident, nous constatons pour la première fois un léger trismus douloureux ; il a 38°2 et 100 p.

Je m'informe et j'apprends que contrairement à ce qui se pratique d'habitude, on n'a pas fait à ce malade dès son arrivée, l'injection préventive de sérum antitétanique.

Séance tenante, on lui injecte dix centimètres cubes de sérum, et on lui donne 10 grammes de chloral. Le soir, le trismus avait augmenté, il avait même une légère raideur de la nuque ; 38°2, 106. On fait à nouveau une injection sous-cutanée de dix centimètres cubes de sérum antitétanique.

Le 13, l'état général est mauvais, il a 38°5 et 106 pulsations, la raideur de la nuque est plus marquée.

Je pratique la ponction rachidienne, laissant s'évacuer six centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien qui coule sans jet, goutte à goutte, que je remplace par six centimètres cubes de sérum antitétanique.

Dans la journée, le malade a des crises convulsives répétées, et, bien que sa température ne dépasse pas 38°5 et que le pouls ne batte pas plus de 106, il meurt à 8 heures du soir.

Certes, la coïncidence est fâcheuse, et pour une fois où l'injection préventive de sérum est oubliée, nous enregistrons un tétanos et un décès.

Aussi ai-je bien insisté sur ce cas malheureux et rappelé tout mon personnel à la stricte observation de ces injections préventives.

Des quelques cas de tétanos que j'ai pu observer, je n'en ai vu guérir qu'un seul ; c'était à Bicêtre, où je remplaçais mon excellent maître Peyrot : il s'agissait d'un cas de tétanos à marche lente, que je traitai et que je guéris par le chloral à la dose de 12 à 15 grammes par jour, et le repos absolu dans une chambre noire.

Une fois, j'ai pratiqué sans succès la trépanation du crâne pour faire l'injection de sérum intra-cranienne, mon opéré est mort dans la journée qui suivit mon intervention.

En somme, il me semble que dès qu'un tétanos est déclaré, si on n'a pas la chance d'avoir affaire à un de ces cas lents et à marche pour ainsi dire chronique, quelle que soit la thérapeutique employée, le malade est perdu.

Je crois qu'il faut donc se rattacher à la thérapeutique préventive et ne pas négliger l'injection de sérum aussitôt qu'on voit un sujet dont la blessure est susceptible de pouvoir engendrer cette terrible complication.

M. Paul Thiéry. — Avant de dire ce que je pense de l'efficacité du sérum antitétanique, je crois qu'il est nécessaire de passer rapidement en revue les vicissitudes par lesquelles est passée l'application de cette méthode.

1° Le laboratoire est d'abord venu nous dire : le sérum antitétanique guérit le tétanos déclaré ; il faut l'injecter sous la peau. Un nombre d'échecs incalculable vint infirmer cette assertion ;

2° On nous proposa alors d'augmenter les doses, de les porter

de 10 centimètres cubes à 20 centimètres et plus, de les répéter pendant plusieurs jours, et le résultat fut absolument le même ;

3° Pour expliquer ces échecs, on invoqua ensuite ce fait que la toxine se portant vers les centres nerveux, c'est là qu'il fallait la neutraliser, et on nous proposa l'injection de sérum intra-cranienne ; les résultats furent lamentables ;

4° Et il en fut de même des injections intra-rachidiennes, des injections intra-veineuses, des injections intra-nerveuses, etc.....

L'expérience paraissait donc faite et la conclusion inévitable ; mais la sérothérapie ne manque pas de ressources pour expliquer ses échecs : erreurs dans la fabrication du sérum ; hypertoxicité de certains cas, associations microbiennes, etc... ; tout échec peut trouver une explication scientifique.

On eut alors recours à l'injection préventive, cette méthode thérapeutique idéale qui séduit nos collègues Bazy et Demoulin, méthode qui est la planche de salut de toutes les médications inefficaces, mais inoffensives : une infection n'est pas déclarée ; nous injectons un sérum, elle ne se déclare pas ; donc le sérum est efficace, si rarissime que puisse être l'infection combattue. La conviction générale ne fut d'ailleurs pas entraînée par cette méthode si simple ; quelques-uns hésitaient encore devant l'injection sous-cutanée du sérum antitoxique, et la découverte de l'action du sérum desséché, véritable poudre antitétanique, était bien faite pour lever les dernières hésitations.

La multiplicité des procédés eût pu faire craindre pour l'efficacité de la méthode, car il n'y manque guère que l'administration par voie rectale, lacune que, pour la rage, Remlinger vient de combler.

L'engouement a donc été général, si général que, après des considérations plutôt sévères sur l'emploi du sérum antitoxique, nous constatons, non sans surprise, que plusieurs des orateurs qui nous ont précédé concluent : « et cependant nous continuerons à employer par précaution l'injection préventive ». Et cependant notre collègue Delbet, dans un travail extrêmement documenté où il nous montre que, toujours rare, le tétanos n'a pas diminué de fréquence, au contraire, cherche, non sans peine, une explication à ce fait qui serait si bien démontré si l'auteur consentait à admettre l'inefficacité de la méthode.

Deux cas sont à envisager : 1° ou bien le sérum a été injecté (car de la poudre il est à peine besoin de parler) après le début des accidents tétaniques ; 2° ou bien il est injecté à titre préventif.

Dans le premier cas, il existe bien peu de succès, et de ces rares succès on doit distraire les cas où il s'agissait seulement

de tétanos céphalique, dont M. Schwartz a démontré la bénignité relative, et ceux où le chloral a été employé en même temps que le sérum, car si dans ces deux cas on vient dire : le sérum a guéri une infection latente, j'ai tout aussi bien le droit de dire, sans plus de preuve : non, c'est le chloral.

Margan Frank ne vient-il pas de publier un travail où il affirme que, chez les animaux et dans un cas chez l'homme, il a guéri le tétanos par les injections intra-durales de magnésie?

Autrefois, d'ailleurs, nos maîtres, Verneuil-Polaillon, Le Fort, ne connaissaient pas le sérum, et cependant je les ai vu guérir les tétaniques par le chloral.

Il n'est donc pas scientifique de dire que, dans la médication mixte, c'est le sérum qui a guéri, et ses partisans sont si peu sûrs de son efficacité qu'ils n'osent pas priver le malade des chances bien plus nombreuses que lui donne l'administration du chloral à haute dose. Je crois, d'ailleurs, que si nous faisons la part de quelques restrictions de pure courtoisie, nous sommes tous d'accord sur l'échec de la méthode en ce qui concerne le tétanos déclaré.

Reste l'injection préventive : elle a, en effet, bien des chances d'être efficace, puisqu'elle est innocente, et seul un sérum toxique pourrait aggraver le résultat. Bien avant que le sérum fût employé, et M. Delbet vous l'a montré dans une statistique éloquente et courageuse, les cas de tétanos n'étaient pas plus fréquents qu'aujourd'hui ; des milliers et des milliers de plaies soignées plus ou moins antiseptiquement ne s'accompagnaient pas de tétanos, et, dès 1881, époque à laquelle je commençais mes études à Paris, le tétanos était une véritable rareté, et l'hôpital qui avait la chance d'en hospitaliser un cas devenait un lieu de pèlerinage pour les maîtres et les étudiants.

Actuellement encore, des milliers de plaies sont journellement traitées sans injection antitoxique, et n'est-il pas curieux de voir, comme l'indique la statistique de M. Delbet, que, loin de décroître en raison de l'application des règles de l'antisepsie dans le traitement des plaies, la mortalité tétanique a plutôt augmenté? Certes, nous n'en inférons pas que le sérum, plus souvent employé aujourd'hui, est toxique, mais nous sommes fondés à penser que son action préventive a été singulièrement exagérée.

Notre collègue Demoulin, dans sa ferveur, nous dit qu'à Ivry, à Tenon, il n'a plus observé de tétanos depuis qu'il a fait de la prévention sérothérapique. Mais comme cela a déjà été dit à M. Bazy pour Bicêtre, je demande bien pardon à M. Demoulin de n'être pas convaincu par le raisonnement où son enthousiasme s'égare, car précisément à Ivry et à Tenon où je lui ai succédé, et auparavant

à la Pitié et à Saint-Antoine où les plaies par écrasement et autres abondent, je n'ai jamais employé le sérum antitétanique et je n'ai jamais observé un seul cas de tétanos. J'ai donc obtenu par l'abstention exactement le même résultat que M. Demoulin et je ne puis m'expliquer que, pansant avec soin les plaies, il ait pu observer de si nombreux cas de tétanos dans ces hôpitaux ; à quoi sert l'injection d'un sérum, si la simple propreté chirurgicale suffit ?

J'ai bien observé à Saint-Antoine un cas de tétanos, mais dans des conditions si malheureuses pour le sérum qu'il n'infirme rien de ce que je viens de dire : un blessé est amené dans la journée à la consultation, un interne extrait de la main une écharde de bois et injecte 10 centimètres cubes de sérum antitétanique renouvelés le lendemain matin.

Or, huit jours plus tard, le blessé présente tous les signes du tétanos et entre dans le service de M. Blum que je suppléais ; obéissant à la crainte qui nous est commune qu'on pût me reprocher de n'avoir pas fait mon devoir, je lui injecte sans conviction des doses élevées (20 centimètres cubes par jour) de sérum, ce qui ne l'empêche pas, pas plus que le chloral d'ailleurs, de mourir quelques jours plus tard. Injection préventive, injection après l'infection, tout avait échoué et je dédie ce cas à mon ami Delbet qui, après avoir disséqué la statistique de Kraft (de Lausanne), et de Reynier, n'a trouvé qu'un cas de M. Terrier, où l'injection préventive ait manifestement été suivie d'échec.

L'habitude, la suggestion, la crainte d'accusation d'avoir péché par omission ont créé en ce qui concerne la question du tétanos une véritable séromanie, et tout dernièrement un de nos collègues, médecin distingué des hôpitaux, m'avouait que chaque fois que son fils s'écorchait en tombant dans son jardin, l'été à la campagne, il se hâtait de faire une injection antitétanique... Je dois ajouter que son fils n'a jamais eu le tétanos, ce qui est évidemment en faveur de l'innocuité de la méthode. D'autres collègues, j'ai des raisons de le croire, viendront affirmer leur scepticisme : j'ai, comme nous avons tous, la plus grande admiration pour les travaux de l'Ecole de Pasteur ; et même en ce qui concerne le tétanos, je me garderais bien de discuter les expériences de laboratoire que nos nombreux collègues ou maîtres affirment être si concluantes et si indiscutables ; mais en clinique nous avons le devoir scientifique de nous montrer exigeants et de dire, en toute sincérité, qu'en ce qui concerne le malade, la preuve de l'efficacité de l'injection de sérum antitétanique, même préventive, est loin d'être faite.

M. Beurnier. — Je tiens à verser aux débats un fait ou plus exactement une série de faits.

Au point de vue du traitement par le sérum antitétanique, lorsque le tétanos est développé, je crois qu'il n'y a plus lieu d'insister. J'ai moi-même présenté à la Société de chirurgie, alors que je n'avais pas encore l'honneur d'en faire partie, deux cas de cette sorte que j'ai eu à traiter, l'un à la Salpêtrière, l'autre à la Charité. Les deux malades, qui font le sujet de ces observations, sont morts, malgré les injections intra-cérébrales. Je crois que la question est jugée maintenant et qu'aucun de nous ne songe à discuter l'inefficacité de ce traitement.

Quant au traitement préventif, je voudrais simplement dire ceci. Etant chirurgien du bureau central, j'ai fait de nombreux remplacements dans les services les plus divers. Vous savez combien il est difficile, dans un service où l'on se trouve pour peu de temps, de réagir contre les habitudes qui y règnent. Or, dans certains de ces services, on faisait des injections anti-tétaniques; dans les autres, on n'en faisait pas, surtout avant 1900. Depuis que j'ai moi-même un service, je fais pratiquer minutieusement des injections préventives. J'ai recherché mes statistiques, qui portent sur tous les malades que j'ai eu à soigner soit dans les services de remplacement, soit dans mon propre service, et il me semble que le nombre des malades non injectés est à peu près le même que celui des malades injectés.

Les plaies de tous ces malades avaient été traitées par la méthode antiseptique la plus rigoureuse. Or, jamais je n'ai observé un cas développé sur un malade hospitalisé, injecté ou non. Ceux que j'ai vus, étaient des malades venus du dehors en état de tétanos.

Je continuerai donc à faire dans mon service des injections préventives anti-tétaniques, puisqu'il paraît démontré qu'elles sont innocentes; mais j'avoue que j'éprouve les plus grands doutes au point de vue de l'efficacité du traitement préventif anti-tétanique, qui ne m'est nullement démontrée.

M. Lucas-Championnière. — J'ai déjà pris ici souvent la parole sur le même sujet; aussi je n'y veux pas beaucoup insister. Mais je suis surpris de voir rejeter trop délibérément une ressource thérapeutique qui est la seule à notre disposition, et dont des présomptions d'importance capitale nous permettent cependant d'admettre une valeur telle qu'il nous semble coupable de la négliger ou de la faire négliger tant qu'on n'aura pas une certitude plus grande pour une autre méthode.

Je suis surpris d'entendre M. Thierry affirmer qu'on nous a

d'abord présenté le sérum comme devant guérir le tétanos, et que l'échec de la guérison a fait reculer ses défenseurs à n'en plus faire qu'un prophylactique. Je ne sais pas bien où il a pu puiser ce souvenir, car les inventeurs du sérum ont affirmé qu'ils ne préconisaient qu'un prophylactique, et lorsque je parlai à Nocard des cas dans lesquels on avait, pour le tétanos confirmé, fait à tout hasard des injections de sérum pour voir si elles donneraient quelque résultat, il me répondit très nettement qu'il ne voyait pas d'inconvénient à en faire l'essai, mais qu'il n'était pas probable que cela pût être utile.

Toutefois, même en ce cas, M. Thierry pourrait noter que de très bons observateurs ont publié des cas fort intéressants, dans lesquels il semble que des doses répétées et considérables de sérum aient eu une suite assez heureuse pour qu'il soit sage de tenter à nouveau l'expérience. Mais je ne sache pas qu'aucun auteur ait jamais présenté la question autrement.

Contrairement à nos collègues qui traitent assez légèrement de l'expérimentation faite sur le cheval, je crois que celle-ci a une importance capitale, car le microbe du tétanos est exactement semblable pour le cheval et l'homme, et la différence capitale entre les deux sujets, c'est que le cheval est, à l'action de ce microbe, d'une sensibilité inconnue chez l'homme. Je crois donc que s'il n'est pas toujours légitime de conclure de l'animal à l'homme, c'est un des cas dans lesquels cette conclusion est des plus valables.

Or, pour le cheval, non seulement l'expérimentation a été parfaitement et toujours probante. Mais sur cette expérimentation on a institué une méthode dont M. Bazy vous a rappelé les résultats, et ils sont aussi topiques que possible.

Non seulement un vétérinaire a fait cette adaptation à la prophylaxie de la castration, mais il a été imité, et c'est là aujourd'hui une pratique dans laquelle on ne voit plus de tétanos, et les vétérinaires qui opèrent la castration assurent en même temps le cheval contre le tétanos pour un supplément de prix peu élevé. Ils y gagnent leur vie, car ils n'ont pas de sinistre à payer, dans des régions dans lesquelles, il y a peu de temps, ces sinistres étaient la règle.

Contrairement à ce que l'on a pu dire, cette disparition du tétanos pour les châtreurs de chevaux n'est pas le résultat de l'antisepsie introduite dans leur pratique, car j'ai pris des renseignements sur le sujet; et, quoique les opérateurs aient fait quelques progrès en propreté, les plaies continuent à suppurer peu ou prou et à constituer des milieux très favorables au développement du tétanos qui ne se développe pourtant plus.

Sans doute, il est bien difficile de rien affirmer pour l'homme, car des faits négatifs ne prouvent rien par eux-mêmes. Il en est de même pour toutes les opérations de prophylaxie et vous ne différerez pas beaucoup en raisonnant ainsi de ceux qui nient l'efficacité de la vaccine.

Pourtant, même en admettant que la méthode échoue en un certain nombre de cas, cela ne prouverait pas qu'elle n'a jamais réussi.

Ce serait être singulièrement exigeant pour une méthode prophylactique de demander qu'elle fut à tout jamais exempte d'insuccès.

Ensuite, comme vous l'a très bien dit M. Delbet, on a chargé la méthode d'insuccès qui étaient de toute évidence dus à une très défectueuse application de la méthode.

Enfin, je suis surpris de voir que dans ces critiques les auteurs traitent cette question comme si elle était facile à juger, comme si le tétanos était une unité morbide se présentant dans des conditions toujours identiques avec des statistiques nettes et probantes.

Cependant, le tétanos est une des maladies les plus difficiles à étudier, donnant les surprises les plus variées, ayant diminué à coup sûr en proportion de l'amélioration des méthodes de traitement des plaies, mais restant une menace si redoutable que je ne conçois pas que l'on fasse bon marché d'une prophylaxie qui a pour elle des présomptions extrêmement importantes, une expérience énorme et une innocuité incontestée.

M. Sieur. — Bien que je n'aie pas l'intention de prolonger la discussion actuelle, je ne puis m'empêcher de faire quelques réserves au sujet de certaines opinions relatives au traitement du tétanos.

Vous n'ignorez pas avec quelle fréquence cette affection s'observait jadis sur les blessés des armées en campagne et ceux des hôpitaux de l'intérieur. De nos jours, au contraire, le tétanos post-opératoire est devenu très rare dans les conditions de la chirurgie journalière telle qu'elle se pratique dans les hôpitaux les plus actifs des grands centres, et cette décroissance remarquable a coïncidé avec la vulgarisation des méthodes antiseptiques. Cette action de l'antisepsie et de l'asepsie est telle que certains membres de la Société, médiocrement convaincus de la valeur du traitement préventif du tétanos, ont pu avancer qu'ils n'observaient pas plus de cas de tétanos dans leurs services que n'en constataient les partisans de la sérothérapie. On est ainsi tout naturellement amené à conclure que cette dernière est inutile. L'est-elle vraiment autant que le prétendent quelques chirurgiens ?

A l'exemple de M. Delbet, j'ai cherché tout d'abord à me renseigner sur la valeur globale de la sérothérapie en consultant la statistique de l'armée. Comme lui, j'ai trouvé un nombre de décès tétaniques sensiblement le même avant et depuis l'emploi de la sérothérapie. L'explication m'en paraît simple, et je la trouve du reste très clairement exprimée par mon maître M. Vaillard dans son article « Tétanos » du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*. L'antisepsie a seule suffi à faire disparaître le tétanos hospitalier, ou si vous le préférez, celui qui s'observait autrefois à la suite des traumatismes graves et des interventions chirurgicales. Par contre, les blessures légères et les plaies insignifiantes, celles pour lesquelles le médecin n'est jamais consulté et qui par suite sont aussi celles où un traitement antiseptique est le moins souvent appliqué, conservent leur aptitude à se compliquer de tétanos. C'est dans cette catégorie de blessures que rentrent les cas de tétanos céphalique qui nous ont été communiqués, et c'est ainsi que j'expliquerais, pour ma part, la plus grande fréquence du tétanos chez les malades observés hors Paris que signalait M. Delbet dans la dernière séance.

L'action véritablement prophylactique des méthodes antiseptiques à l'égard du tétanos étant ainsi nettement mise en évidence, il me reste à envisager celle qui revient au sérum antitétanique.

Je crois tout d'abord utile de rappeler que, dès 1893, MM. Roux et Vaillard avaient soin de faire remarquer que leur sérum ne pouvait agir qu'à titre préventif. *De petites doses suffisent à prévenir, disaient-ils ; de grandes doses ne guérissent pas les formes graves* (1). C'est certainement pour avoir méconnu cette vérité que certains chirurgiens ont eu des mécomptes avec le sérum antitétanique et en sont arrivés à l'heure actuelle non seulement à lui dénier un pouvoir *curatif* qu'il n'a jamais eu, mais même à lui refuser toute *action préventive*, la seule qu'il possède réellement et qui me paraisse indiscutable. En effet, au nom de la clinique, Nocard ne craint pas d'affirmer « qu'employé préventivement, le sérum antitétanique est d'une efficacité absolue » (2), et il appuie son dire sur les faits si probants que vous a rappelés M. Monod dans une séance précédente. Personnellement, depuis 1893, je fais systématiquement des injections de sérum antitétanique à tous les blessés admis dans mon service porteurs de lésions susceptibles de se compliquer de tétanos et, tout comme

(1) Vaillard, art. « Tétanos », p. 383, fasc. IV, du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, 1906.

(2) Nocard et Leclainche, *Les maladies microbiennes des animaux*, 1903, t. II, p. 530.

MM. Bazy et Demoulin, je n'ai pas eu à observer un seul cas de tétanos.

Je suis autorisé par un de mes collègues de l'armée à vous communiquer un fait analogue à celui de M. Routier. Dans un service de chirurgie important où l'on a coutume de faire des injections antitétaniques à tous les hommes atteints de plaies de rue ou par coup de pied de cheval, un seul cas a été observé en sept années. Le blessé qui a succombé n'avait pas reçu d'injection de sérum. Le service de garde avait oublié l'application de la prescription habituelle.

Si j'insiste peut-être plus qu'il ne convient sur cette action *prophylactique* de la sérothérapie du tétanos, c'est que, de par mes fonctions, je puis être appelé à revoir les épidémies de tétanos du siècle précédent. Qui ne prévoit, en effet, que, en cas de guerre, et malgré tous les efforts de la chirurgie d'armée, nombre de blessés devront attendre vingt-quatre, quarante-huit heures et même davantage les soins chirurgicaux que réclamera leur état et cela au milieu de *causes favorisantes* telles que l'absence de soins corporels, le port de vêtements souillés, les intempéries atmosphériques et le séjour dans des lieux humides et malsains? Dans de telles conditions, je me demande quel est le chirurgien qui oserait refuser à ses blessés les bénéfices du traitement prophylactique? M. Delbet a réduit à leur juste valeur les faits que M. Reynier nous avait cités comme preuves de l'échec de la méthode prophylactique. Je m'étonne à mon tour qu'un chirurgien, doublé, comme l'est M. Reynier, d'un expérimentateur sagace, puisse mettre en doute l'action préventive d'un sérum si fortement appuyée sur l'expérimentation et la clinique.

Par contre, M. Reynier me paraît plus près de la vérité lorsqu'il traite de la valeur *curative* du sérum antitétanique.

Lorsqu'un malade nous est apporté en pleine crise tétanique, il faut tout d'abord s'occuper de la plaie, la débrider, la désinfecter, et au besoin même recourir à l'amputation si elle est possible, ainsi qu'on le faisait à l'époque pré-antiseptique.

Il faut, en un mot, s'attaquer au foyer tétanigène, et c'est contre l'action *ultérieure* de ce foyer, qui se continuera plus ou moins activement jusqu'à la guérison de la plaie, que sont utiles les injections de sérum antitétanique. Pour que cette action soit plus efficace, on recommande même de faire les injections au pourtour du foyer ou du moins entre lui et les centres nerveux, au voisinage des gros troncs nerveux périphériques.

Inutiles contre les accidents tétaniques déjà existant, ces injections conservent, à l'égard des accidents à venir, une action préventive indiscutable. Et c'est parce que M. Reynier l'admet sous

cette forme que je m'étonne qu'il la nie alors que le tétanos n'est pas encore constitué.

En résumé, je dirai volontiers avec mon maître, M. Vaillard, qu' « un fait reste aujourd'hui indubitable : c'est la possibilité de prévenir le tétanos par l'emploi opportun et judicieux du sérum spécifique. Ce traitement est formellement indiqué en présence d'une plaie suspecte : s'en abstenir serait plus qu'une faute ».

En cas de tétanos confirmé, les injections de sérum sont encore utiles, non pour combattre les accidents déjà produits, mais pour s'opposer à leur aggravation en neutralisant les toxines qui continuent d'être sécrétées par la plaie jusqu'à la période de complète cicatrisation.

Communication.

Gastro-entérostomie postérieure réparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif,

par M. TH. TUFFIER.

Le 14 mai 1898, j'ai opéré au pavillon Gerdy, à la Pitié, un homme de quarante ans, envoyé dans mon service par M. Hayem pour une sténose du pylore. Voici l'observation de ce malade, toute la première partie a été prise très complètement par M. le Dr Dumont.

« Il s'agit d'un homme bien constitué et n'ayant fait aucune maladie grave jusqu'à l'affection actuelle dont le commencement remonte à plus de vingt ans. C'est à la suite d'un excès de table que les premiers symptômes firent leur apparition : le malade, âgé alors de dix-huit ans, qui jouissait d'un excellent appétit et qui arrosait tous les jours ses repas de deux litres de vin et de notables quantités d'autres boissons plus ou moins alcoolisées, se sentit un beau matin très fatigué, pris d'une grande lassitude accompagnée de complète inappétence. Cet état se prolongeant trop longtemps, le malade s'en inquiéta et demanda l'avis d'un médecin qui lui ordonna le régime lacté ; mais au lieu de l'amélioration que le malade avait espérée, à cette lassitude et à cette anorexie primitives vint bientôt s'ajouter une sensation de pesanteur, de douleur vague siégeant à la région gastrique et exaspérée par l'ingestion d'aliments autres que le lait. Cet état se prolonge pendant quatre ans environ; l'anorexie continuant toujours le malade devient à cette époque tellement faible qu'il est réformé au conseil de revision. Puis

une amélioration survient et le malade traverse une longue période de six ans dans un état de santé très satisfaisant sauf une crise gastrique survenue sans cause déterminée et ayant duré cinq à six jours.

A l'âge de vingt-huit ans le malade est subitement pris de coliques violentes siégeant au côté droit, accompagnées de vomissements et ayant duré trois heures seulement. Le médecin consulté diagnostique des coliques hépatiques. A la suite de cette crise, l'affection gastrique reprend son cours; en plus, des vomissements surviennent d'une façon irrégulière; le malade rend des aliments non digérés mais les vomissements ne sont ni sanguinolents, ni fétides comme ils le deviennent plus tard. Le malade est soumis au régime lacté absolu et à de fréquents lavages d'estomac, mais son état reste stationnaire et deux nouvelles crises hépatiques, l'une de une heure, l'autre de six heures, surviennent dans le courant de l'année 1896, et l'obligent de s'aliter pendant très longtemps.

La douleur gastrique suit ordinairement les repas et elle est calmée par le vomissement des aliments ingérés. C'est ce qui détermine le malade à évacuer son estomac au moyen d'un tube de Faucher qu'il s'introduit lui-même une heure environ après le repas. Le lait cependant est plus facilement toléré et le malade peut quelquefois le garder; c'est ainsi qu'il a pu se nourrir pendant cette longue période qu'il a passée à la campagne, s'occupant dans sa famille de quelques menus travaux, sa faiblesse l'empêchant de prendre un métier.

Las de souffrir, il se décide le 2 mai 1898 à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, au service de M. Hayem qui trouve une dilatation stomacale considérable, porte le diagnostic : *rétrécissement pylorique* et m'envoie le malade pour l'opérer le 13 mai 1898.

Il s'agit d'un homme de taille au-dessus de la moyenne, bien constitué quoique de squelette un peu grêle, amaigri mais non anémié, en assez bon état en somme. Il a une température de 36°8, un pouls régulier à 60, égal, fort; la langue est blanche, les urines claires, jaunes, normales. Rien d'anormal du côté des organes respiratoires et du cœur; à noter une saillie très marquée des apophyses épineuses lombaires. Le foie n'est ni hypertrophié, ni abaissé; son lobe gauche est perceptible à la percussion et à la palpation dans la moitié droite de l'épigastre.

L'abdomen est normalement bombé; il ne présente rien d'anormal à la vue si ce n'est, dans le milieu de l'épigastre, une petite cicatrice irrégulière, large comme une pièce d'un franc, et qui proviendrait, au dire du malade, d'un cautère qu'on lui aurait appliqué à cet endroit au début de sa maladie.

A la percussion, qui n'éveille aucune sensibilité spéciale, on trouve de la sonorité dans tout l'abdomen, sauf au niveau de la partie droite de l'épigastre (lobe gauche du foie).

A la palpation rien d'anormal dans les flancs, dans les fosses iliaques, dans l'hypogastre, dans les hypocondres. Dans la région périombilicale, à droite et en haut, on sent une résistance qu'on ne perçoit pas à gauche, qui paraît due à la contraction du muscle droit et qui s'étend sur une largeur de la paume de la main environ. La palpation, de même que la

percussion, n'est nullement douloureuse. Diagnostic : rétrécissement cicatriciel du pylore (Hayem).

Opération le 14 mai 1898. — Avant l'opération on pratique un lavage de l'estomac à l'eau de Vichy (3 litres) : le liquide ressort presque limpide, mais teinté de jaune.

Le malade étant anesthésié à l'éther, je le palpe de nouveau et je crois sentir entre le foie et l'ombilic une petite induration profonde, mobile. Incision susombilicale médiane de 10 centimètres environ, commençant à l'ombilic. La paroi abdominale est mince. Le ventre ouvert, je trouve dans la moitié supérieure de l'incision le lobe gauche du foie, dans la moitié inférieure la portion pylorique de l'estomac. Celui-ci est fortement dilaté, descendant à plus d'un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; à part cela il ne présente d'ailleurs rien de particulier. Au niveau du pylore, induration diffuse peu accentuée formée par une gangue d'adhérences plus ou moins larges unissant étroitement le duodénum à la vésicule biliaire. En outre, il existe quelques grandes adhérences lâches, de 4-5 centimètres, allant de la vésicule biliaire à la face antérieure de la région pylorique. La vésicule ne présente rien de particulier. Pas de ganglions épiploïques, pas de noyaux indurés dans le foie. Jugeant impossible de détruire toutes les adhérences qui unissent le duodénum à la vésicule, je me décide à faire une *gastro-entérostomie postérieure* transmésocolique suivant ma technique habituelle. L'opération ne présente rien de particulier. Le mésocôlon transverse étant adhérent à la face postérieure de l'estomac, il est inutile de suturer à la paroi stomacale les bords de la brèche mésocolique.

Durée de l'opération, trente-cinq minutes. Fermeture de la paroi à trois étages.

Suites opératoires. — Le malade en se réveillant, une heure après l'opération, a un vomissement liquide, aqueux, à peine jaunâtre; il n'a pas vomi dans la soirée, n'a pas souffert; il n'a pris que de la glace. Pas de selles, pas de gaz. Deux mictions spontanées. 1.500 grammes de sérum. Piqûre de morphine; le malade dort quelques heures. Température, 36°6.

15 *mai.* — Le malade se trouve assez bien; ne souffre nullement du ventre ni de l'estomac. Langue nette, soif; ventre un peu dur, mais non ballonné et non sensible. Pouls = 100, régulier, égal, fort; température 36°8, urines 1.000 grammes, jaunes limpides; journée très bonne, pas de vomissements, pas de renvois, pas de pyrosis. Ni selles, ni gaz, ni gargouillement. 1.500 grammes de sérum dans la soirée. Morphine. Nuit très bonne; le malade a dormi plusieurs heures.

16 *mai.* — Le malade va aussi bien que possible. Pouls 100. Température 37°5. Langue nette. Urines décolorées avec abondant dépôt blanchâtre = 1.000 grammes. Journée très bonne. Glace et eau de Vichy bien supportées. 1.500 grammes de sérum. Morphine. Nuit très bonne.

17 *mai.* — Pouls 96. Température 37°4. Ventre souple, non douloureux. Urines moins troubles, 1.250 grammes. Journée excellente. Glace,

champagne bien supportés. 2 selles abondantes et de nombreux gaz par lavements. Mictions normales. Nuit bonne sans morphine.

18 *mai*. — Pouls 84. Température 37°6 et 36°6. Urines troubles, jaunes, 1.500 grammes; le malade prend avec appétit une demi-bouteille de champagne, une demi-bouteille d'eau de Vichy, un litre de lait, et dans la nuit deux assiettes de potage contenant chacun un œuf, le tout bien supporté. Pas de selles. Quelques gaz. Mictions normales. Nuit très bonne.

20 *mai*. — Le malade va très bien, se sent des forces et de l'appétit; a pris aujourd'hui une demi-bouteille de champagne et autant d'eau de Vichy, un litre de lait, deux œufs dans du lait à son petit déjeuner du matin, une assiette de potage et une côtelette à midi et le soir. Deux selles par lavement; mictions normales, 1.750 centimètres cubes. Nuit très bonne.

23 *mai*. — Le malade va très bien ; se sent de plus en plus fort, a bon appétit; mange bien et digère très bien. Prend actuellement par jour : un litre de lait, deux œufs dans du lait le matin, un potage et une côtelette ou un bifteack à midi et le soir; en outre une demi-bouteille de champagne et autant d'eau de Vichy. Constipation. Le malade ne va que par lavements. Mictions et urines normales. Nuits bonnes.

27 *mai*. — Température 37°7. Pouls 70, plein et bien frappé; le malade va très bien, s'alimente bien, digère très bien. Ni météorisme ni ballonnement. Mictions et urines normales. Va à la selle sans lavement.

6 *juin*. — Le malade est renvoyé à Saint-Antoine dans le service de M. Hayem, en parfait état de santé.

23 *décembre* 1898. — Le malade vient me voir à la Pitié. Il est dans un état de santé qu'on peut qualifier de « superbe ». Il est gras, a le teint coloré, se sent des forces au point de pouvoir travailler dix-huit heures par jour (il est garçon chez un marchand de vin et reste debout pendant plusieurs heures). Il s'est pesé pour la dernière fois il y a deux mois environ ; à cette époque, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, il avait augmenté de 12 kilogrammes. Il a un excellent appétit et mange beaucoup (c'est le plus gros mangeur de la famille). Il digère très bien, va régulièrement à la selle, n'a plus jamais vomi, n'a jamais ni pituites, ni pyrosis, ni éructations. Et cependant il mange les aliments ordinaires, même de la salade crue et dont il prend des quantités assez considérables, malgré la défense qu'on lui en a faite. D'ailleurs, il tient peu compte en général des prescriptions. C'est ainsi qu'il boit, outre des quantités de bière et de vin peut-être plus considérables qu'il ne veut l'avouer, des apéritifs, des amers divers..... et « il ne s'en porte pas plus mal », ajoute-t-il ! A l'examen, cicatrice épigastrique parfaite sans la moindre trace de hernie. La palpation ne dénote dans la profondeur aucune induration; la paroi est très souple et l'opéré ne ressent aucune douleur.

Il y a deux ou trois ans, j'ai encore revu mon ancien opéré en parfait état; il avait encore gagné en embonpoint et jouissait d'un

grand appétit et d'une digestion parfaite. Je le considérais donc comme définitivement guéri de son affection gastrique quand, le 23 février dernier, je suis appelé auprès de lui par le Dr Houtang et j'apprends que dix jours avant, pendant la nuit, brusquement, le malade fut pris d'une hématémèse d'une abondance extrême déterminant une syncope. Le sang vomi était rouge d'abord, puis noir. Le malade revient à lui au bout de quelque temps. Il est faible, mais ne souffre pas de son estomac. Dans les selles on note, le lendemain, du mæléna. Une huitaine de jours après cette première hématémèse, un nouveau vomissement de sang se produisit moins abondant que le premier et suivi lui aussi de mæléna. Le malade, exsangue, ne se nourrissant plus, se décide à entrer de nouveau à l'hôpital.

A l'examen, je trouve un malade un peu amaigri, aux yeux excavés, rentrés dans les orbites, à la face pâle, transparente, aux muqueuses décolorées. La palpation ne laisse rien sentir au niveau de la région épigastrique. La palpation, même profonde, n'est pas douloureuse; la percussion montre un estomac de dimensions normales. Diagnostic : Ulcère peut-être cancérisé.

Voir également l'examen du sang fait par M. Mauté, le 27 février :

Ulcère de l'estomac, n° 1.109 T.

Globules rouges	4.278.000
Hémoglobine	7,25
Globules blancs	14.260

Équilibre leucocytaire :

Polynucléaires	72 p. 100
Grands et moyens mononucléaires	14 —
Lymphocytes	11 —
Éosinophiles	3

Voici également le résultat du repas d'épreuve fait par M. H. Carrion, le 28 février 1907 :

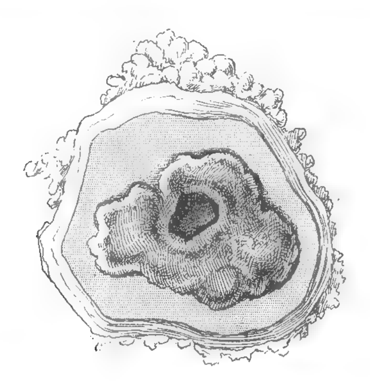
Caractères du liquide : assez abondant, mal émulsionné.
Les éléments sont dosés en HCl pour 100 centimètres cubes de liquide.

Acidité totale	A	0g189	0g167
Acide chlorhydrique libre	H	0,044	0,015
Chlorure combiné organique	C	0,168	0,158
Chlorhydrie	H + C	0,212	0,173
Chlore total	T	0,321	0,350
Chlore minéral	F	0,109	0,177
Rapport $\frac{A-H}{C}$	α	0,86	0,96
Rapport T/F		3	1,96
Peptones		assez abondantes.	
Acides gras		0	

Opération le 2 *mars* 1907. — Laparotomie. Je trouve quelques adhérences qui de la vésicule vont à la face antérieure de l'estomac; je les libère. Exploration de l'estomac pour rechercher la bouche anastomotique. Je trouve la partie postérieure et inférieure de la grande courbure libre; je prends et je suis la première anse de l'intestin grêle à partir du duodénum, et je la vois pénétrer dans le mésocôlon transverse, *mais là elle est libre de toute connexion directe avec l'estomac.* En prenant la face postérieure de l'estomac et de l'intestin *il n'y a plus que des connexions cellulaires qui les réunissent, séparées qu'elles sont de 4 centimètres environ.*

En explorant la petite courbure, à deux grands travers de doigt en avant du pylore, je trouve une induration blanchâtre, cicatricielle, du volume d'une petite noix, limitée, de consistance élastique, que je crois due à un ulcère qui doit être l'origine de l'hémorragie. Je fais une résection de la petite courbure et des deux faces adjacentes avec hémostase préalable. Suture muco-muqueuse et musculo-séreuse; suture de l'épiploon gastro-hépatique. *Je me suis assuré en même temps du retour parfait à l'état normal de la cavité gastrique.* Sutures gastriques au fil de lin; ligatures au catgut; suture de la paroi abdominale en trois étages.

Les suites opératoires sont absolument simples, la température reste normale, l'alimentation est effectuée progressivement, le malade sort de l'hôpital au 24e jour, et je vous le présente aujourd'hui en parfait état gastrique et ayant repris bonne mine. Il n'existe aucune induration stomacale ni cicatricielle.



Voici le dessin et l'examen histologique de la pièce. Il m'a été remis par M. Mauté, chef de laboratoire à l'hôpital Beaujon.

Examen histologique. — La pièce présente en son centre un ulcère à bords taillés à pic, et surélevés par un bourrelet de couleur rouge d'environ un demi-centimètre, tranchant nettement avec le reste de la muqueuse gastrique. Le fond est grisâtre et recouvert de quelques parcelles sanguinolentes.

Afin de laisser la pièce intacte, on excise seulement un petit fragment du bourrelet qui entoure l'ulcère pour l'examen histologique.

Cet examen montre qu'au niveau des bords, le tissu interstitiel de la muqueuse est le siège d'une infiltration embryonnaire considérable, dissociant les glandes et formant en certains points de gros amas de cellules rondes. La sous-muqueuse est œdématiée et ses faisceaux sont dissociés par des cellules embryonnaires et des cellules conjonctives au milieu desquelles on voit de nombreux mastzellen. L'infiltration est également étendue entre les faisceaux de la tunique musculaire. Les artérioles sont en certains points épaissies, en d'autres, entourées d'un manchon de cellules rondes.

Il s'agit en somme d'*un ulcère en évolution.*

Cet exemple de *réparation spontanée de la bouche anastomotique* n'est pas fait pour nous surprendre. Nous connaissons dans d'autres régions des processus semblables. Nous avons tous vu des *fistules intestinales muco-cutanées* guéries quand le canal intestinal a recouvré sa perméabilité. De même, les fistules *opératoires vésico-vaginales*, avec bordure muco-muqueuse parfaite, se rétrécissent et finissent par s'oblitérer. A côté de ces faits pathologiques, *l'expérimentation* montre cette guérison spontanée dans les cas de fistules biliaires cholécysto-cutanées, et dans certaines fistules intestinales toutes les fois que les canaux retrouvent leur perméabilité normale.

Ces oblitérations paraissent admises pour les gastro-entérostomies ; Kelling (1), en 1900, écrivait : « En ce qui concerne la gastro-entérostomie, les récidives dans les cas d'ulcère *sans obstruction du pylore* s'expliquent par ce fait que la bouche s'oblitère après quelque temps, et que le chyme stomacal suit le trajet normal. Pour éviter cela, j'ai proposé au 27e Congrès de chirurgie, de fermer le pylore. D'ailleurs, le fait que l'inaction de la fistule peut causer sa fermeture peut être démontré expérimentalement. »

J'ai écrit à plusieurs de nos collègues pour savoir *la fréquence* de cet accident. Il serait particulièrement rare. Roux ne l'a jamais observé dans les gastro-entérostomies simples, mais dans un cas de gastro-entérostomie en Y, le malade avait dépendu la branche verticale de l'Y. Il s'agissait d'un malade atteint d'un grand ulcère de la région pylorique caché dans une très grosse tumeur inflammatoire simulant un cancer. Après l'anastomose gastrique, la

(1) Kelling. Zur Chirurgie der chronischen nicht malignen Magenleiden. *Arch f. Verdauungskrank.*, Berlin, 1900, VI, 438-470.

tumeur disparut, la perméabilité pylorique se rétablit largement, et dix ou douze ans après le malade succombait à une nouvelle et vaste ulcération; à l'autopsie, la branche verticale de l'Y était complètement séparée et éloignée de l'estomac, son extrémité supérieure se terminait en cul-de-sac parfaitement oblitéré, le pylore était largement perméable (Congrès français de chirurgie, Paris, 1905, p. 842).

Monprofit m'a signalé un fait de ce genre. Il s'agissait encore d'un Y destiné à combattre une sténose pylorique. Le retour post-opératoire des accidents nécessita, six mois après, une seconde laparotomie qui permit de constater que l'abouchement avait complètement disparu; l'extrémité jéjunale s'était cicatrisée et fermée en forme de cæcum (18e Congrès français de chirurgie, Paris, 1905, séance du 4 octobre, p. 841).

La cause de cette réparation pourrait être cherchée dans un défaut de technique opératoire, et il est incontestable qu'une muqueuse mal ou insuffisamment ourlée permet un rétrécissement cicatriciel et par cela même une ulcération sténosante et oblitérante. Rivière, dans sa thèse de 1905 (1), émet également, pour la rejeter d'ailleurs, l'hypothèse d'une bouche anastomotique établie trop parcimonieusement. En tout cas, cet accident est peu fréquent et ses causes sont probablement multiples.

Si nous interrogeons les faits, et les faits seuls, nous voyons que dans deux des observations publiées il y a un trait commun : c'est le retour de la perméabilité normale du pylore. Sans vouloir trancher la question, il semble donc que la reconstitution anatomique et physiologique du pylore, après la gastro-entérostomie, *favorise* l'oblitération de la bouche anastomotique. Nous pouvons dire seulement qu'elle la favorise, car cette oblitération n'est pas fatale puisque nombre de pièces le prouvent. Cette question me paraît importante, car un certain nombre de *récidives* des accidents qui ont nécessité une gastro-entérostomie trouve peut-être là, dans quelques cas, son explication et il nous serait particulièrement utile de savoir ce que deviennent, à longue échéance, nos anastomoses quand les voies naturelles reprennent leur perméabilité normale

M. Hartmann. — M. Tuffier fait la suture muco-muqueuse; peut-être est-ce la raison de la fermeture de sa gastro-entérostomie. Une muqueuse se coupe facilement sous la pression du fil et les adhérences séreuses peuvent ensuite s'étirer, la bouche se

(1) Rivière. *Thèse de Lyon*, 1905-1906. De la valeur de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac.

fermer. Quand on voit des résultats de gastro-entérostomie régulière, quand on constate la continuité parfaite des épithéliums, l'absence totale de tissu fibreux, de tissu rétractile, il semble difficile d'admettre une rétraction cicatricielle de l'orifice. Je ne crois pas que l'oblitération soit en rapport avec la perméabilité du pylore, mais suis beaucoup plus porté à établir un rapport entre la fermeture de la bouche et la technique employée.

M. Tuffier. — Je fais toujours deux plans de sutures, l'un prenant la muqueuse et une partie de la surface cruentée sous-jacente qui suffise à donner une prise solide, et l'autre prenant la sereuse et partie de la musculeuse, à la Lembert.

M. Quénu. — Ne faut-il pas faire intervenir, dans un certain nombre de cas, l'ulcération secondaire de la bouche gastro-intestinale, une de ces ulcérations dites peptiques, dont plusieurs cas ont été publiés et dont j'ai moi-même présenté un exemple à la Société de chirurgie?

M. Paul Reynier. — L'observation que vient de nous lire M. Tuffier est très intéressante, car elle nous montre que ces bouches gastro-intestinales, que nous créons, peuvent se fermer dans certains cas. J'ai eu, de mon côté, une observation presque identique. Il s'agissait d'un homme encore jeune que j'avais opéré pour une dilatation stomacale considérable, devant laquelle la médecine s'était reconnue impuissante. Je lui avais fait une gastro-entérostomie postérieure. Or, il me revenait cinq ans après, se plaignant de douleurs que je mis sur le compte d'adhérences, et je tentai une nouvelle laparotomie.

Je trouvai en effet des adhérences, mais, examinant la bouche que j'avais faite, je fus très étonné qu'elle s'était fermée presque entièrement, et, qu'en somme, le contenu stomacal s'évacuait par le pylore. L'estomac était revenu à des dimensions normales, et je me contentai, après avoir détruit les adhérences, de refermer le ventre. Or, les douleurs disparurent, et depuis je n'ai pas revu le malade, d'où je conclus qu'il ne souffre pas du rétablissement du cours normal du chyme. Mais ici encore, le pylore était redevenu perméable.

Je rapprocherai de ces faits ceux que les expériences sur les animaux nous ont fait connaître. Dans un moment, je faisais des expériences sur l'estomac; mon ami Souligoux, qui me permettra de le mettre ici en cause, en faisait en même temps sur les chiens, auxquels il pratiquait des gastro-entéro-anastomoses. Or, je me rappelle combien il était frappé de voir ces orifices de gastro-

entéro-anastomoses tendre toujours à se fermer, et lorsqu'on laparotomisait, quelques mois après, le chien, il voyait la circulation normale stomaco-intestinale se rétablir. Mais il opérait sur des estomacs dont le pylore était perméable, comme dans le cas des malades que nous venons de citer avec M. Tuffier. La condition en effet indispensable pour que ces rétrécissements de bouches artificielles se produisent est que la perméabilité du pylore existe ou se rétablisse. Et là nous avons la confirmation d'une loi générale de physiologie, la tendance naturelle à la guérison de tout orifice, de toute fistule placée latéralement sur un conduit, resté perméable, et dont la lumière n'est pas rétrécie. C'est ce qui nous explique le rétrécissement de certains anus artificiels, qui se ferment au fur et à mesure que l'intestin rentre dans le ventre, que les adhérences, s'allongeant, on voit disparaître toute coudure, et que la circulation intestinale se rétablit librement.

M. Quénu. — Il n'est nullement démontré que ces ulcères peptiques se développent sur des bouches gastro-intestinales mal ourlées. On peut invoquer peut-être, avec plus de raison, les qualités du suc gastrique et l'état anatomique des parois gastriques.

M. Tuffier. — Tout en étant très satisfait de voir M. Reynier abonder dans mon sens quand il nous parle de l'influence de la perméabilité pylorique sur la constance de la bouche gastro-entérostomique, je dois lui dire que ses expériences avec M. Souligoux ne seraient pas de nature a confirmer mon opinion, car je ne connais pas de procédé qui soit plus sûrement oblitérant que celui qu'a préconisé autrefois notre collègue.

L'argument donné par M. Hartmann, d'une imperfection de technique opératoire comme cause univoque d'insuccès, est inadmissible et voici pourquoi : j'emploie depuis dix ans à peu près la même technique de suture mucomuqueuse et séromusculaire au fil de lin à points séparés autrefois, à points continus, maintenant. Or, je possède peut-être plus de vingt examens de pièces de gastro-entérostomies faites par moi pour des rétrécissements pyloriques cancéreux. Les opérations dataient de plusieurs mois ou même de un ou deux ans, et jamais je n'ai vu d'oblitération ou de rétrécissements de l'orifice anastomotique. Ils devraient exister sur ces pièces si ma technique était défectueuse. Les opinions et les hypothèses ne prouvent rien et je ne suis convaincu que par les faits. Montrez-nous des pièces de gastro-entérostomies anciennes aussi bien établies que le premier jour et cela avec perméabilité pylorique parfaite, nous pourrons alors discuter.

Il est possible, comme M. Quénu l'a dit, qu'un de ces ulcères peptiques si bien étudiés récemment par Gosset se développe sur l'anastomose et l'oblitère, mais le fait ne me paraît pas s'appliquer à mon observation qui ne présentait aucune induration cicatricielle au niveau de l'ancienne ouverture stomacale.

M. Paul Reynier. — Les gastro-entéro-anastomoses auxquelles faisait allusion M. Souligoux, et dont il était étonné de voir l'orifice tendre à se fermer, étaient faites avec le surjet, et non par son procédé d'écrasement. Il croyait même que par ce procédé il éviterait ce rétrécissement.

Comme M. Tuffier, je ne crois pas que le mode de suture ait une grosse influence, et la perméabilité du pylore se rétablissant est surtout la cause primordiale importante qui favorise, si l'intestin n'a pas sa lumière rétrécie, s'il n'est pas coudé, ou si les adhérences s'allongeant il cesse de l'être, cette tendance à la fermeture de la bouche stomacale.

Présentation de malade.

Tumeur du côlon pelvien. Résection avec anus artificiel dans un premier temps; secondairement invagination du côlon dans le rectum. Guérison.

M. Hartmann. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade qui est entrée il y a deux mois dans mon service pour des hémorragies intestinales abondantes. L'état général était bon; au toucher rectal on ne sentait rien, même par le palper combiné, mais avec le proctoscope on arrivait à voir une masse saillante, néoplasique.

Une cœliotomie médiane me fit constater au palper dans un côlon pelvien à méso assez court une tumeur. Pensant que je pourrais peut-être l'enlever, j'incisai l'intestin, la tumeur, bien que d'apparence villeuse, était largement implantée et reposait sur une base dure correspondant à l'insertion du méso. Je jugeai dans ces conditions qu'une ablation simple de la tumeur était impossible et me décidai à pratiquer une résection segmentaire du côlon.

La résection faite, je fermai par suture le bout rectal dans l'excavation sacrée et implantai le bout supérieur colique dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La malade ayant guéri parfaitement, dans une seconde opération je disséquai le bout correspondant à l'anus, faisant sur la paroi antérieure du cul-de-sac rectal une incision, et par celle-ci attirai le côlon disséqué. Je l'invaginai jusqu'à la peau et le fixai grossièrement par quatre points de suture au crin. Puis par l'abdomen je plaçai six soies d'affrontement séro-séreux du rectum sur le côlon.

La guérison se fit de nouveau sans incidents.

Actuellement, la malade va à la garde-robe normalement, le côlon est remonté dans la petite ampoule rectale persistante et donne au doigt une sensation qui rappelle celle d'un gros col utérin saillant dans le vagin.

M. Tuffier. — M. Hartmann nous dit que l'anus contre nature ne constitue pas un élément de bonheur, je partage son avis et je m'efforce d'éviter cette infirmité dans les opérations de ce genre. J'accepte pour les résections du gros intestin *la résection en deux temps, surtout pour les tumeurs du côlon descendant assez étendues*; pour celles qui siègent dans les côlons transverse ou ascendant, je cherche à faire l'opération en un temps.

Ma pratique dans l'opération en deux temps diffère complètement de celle qui vient de nous être décrite. Dans le premier temps, j'extériorise largement la tumeur et la région intestinale adjacente comme s'il s'agissait d'établir un anus contre nature selon Maydl et Reclus. Mais vingt-quatre ou quarante-huit heures après, alors que les adhérences sont établies et que le segment intestinal est parfaitement extériorisé au lieu de faire un anus artificiel, je résèque la tumeur et j'anastomose immédiatement bout à bout en dehors de la grande séreuse les deux sections intestinales; je panse à plat et l'intestin rentre tout seul dans le ventre. J'ai obtenu ainsi de beaux succès qui me permettent de vous recommander ce procédé.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 8 MAI 1907



Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une communication de M. le Dr FONTOYNONT (de Madagascar), intitulée : *Les bubons climatériques.*

Cette note sera publiée.

A propos de la correspondance.

Les bubons climatériques,

par M. FONTOYNONT, membre correspondant.

A la lecture du rapport qu'a présenté, dans la séance du 16 janvier dernier, M. Reynier sur un travail du Dr Lop, de Marseille, intitulé : *Sur une variété d'adénite inguinale*, j'ai été frappé de la ressemblance de l'affection décrite sous ce nom avec celle que j'ai observée moi-même très fréquemment à Madagascar. Il y a trop de ressemblances cliniques entre, d'une part les bubons dont

M. Lop nous donne les observations, de l'autre ceux que j'ai vus moi-même et ceux que Patrick Manson décrit, en un chapitre spécial de son livre des maladies des pays chauds, sous le nom de bubon climatérique (1), pour qu'il n'y ait pas là certainement une même entité morbide de cause encore inconnue, méritant de prendre place dans la pathologie interne exotique.

Ces bubons sont fréquents sur toute la côte orientale d'Afrique ainsi qu'à Madagascar, à la Réunion et sans doute à Maurice. On les observe aussi dans le détroit de Malacca. Ils existent de même dans les Antilles, au Japon, voire même dans la Méditerranée, et il est probable que leur sphère géographique est encore plus étendue. Ils seront, sans doute, quelques jours signalés ailleurs. Pour Patrick Manson, ils existeraient peut-être en Europe elle-même. Bruge en a noté 38 cas parmi l'escadre allemande qui a bloqué les côtes de Zanzibar en 1888-1889. Godding a cité sa fréquence dans la flotte anglaise stationnant sur la côte orientale d'Afrique (2), et Skinner en mentionne 49 cas survenus dans un régiment et une batterie d'artillerie, 28 à Calcutta, 13 à Hong-Kong, 4 en Angleterre, 2 à Allatabad et 2 à Malte (3). J'en ai moi-même observé 36 cas à Tananarive, dont 6 chez des Européens et 30 chez des indigènes. Durant une de mes traversées de Madagascar à Marseille, j'ai vu un cas se produire chez un des officiers du bord.

Ces adénites évoluent ainsi que le décrit le Dr Lop, avec cette différence toutefois qu'elles n'ont pas, tout au moins dans leur pays d'origine, une grande tendance à la suppuration. Très souvent, au bout de plusieurs semaines et parfois de plusieurs mois, on voit le gonflement disparaître graduellement.

Elles siègent presque toujours à la région inguinale et sont le plus souvent unilatérales, mais on peut les rencontrer aussi à la région crurale.

Il m'a toujours été impossible de retrouver la porte d'entrée des germes infectieux soit au niveau du membre inférieur, soit au niveau des organes génitaux, soit au niveau de l'anus.

Le traitement ne doit pas être, comme celui des bubons vénériens, l'ouverture précoce. Il faut, au contraire, prescrire du quinquina, de l'arsenic (en particulier de l'arrhénal), du fer; user de la compression et, seulement lorsque la suppuration est bien nette, procéder à un véritable curage. Si l'on pratique l'incision précoce, c'est-à-dire lorsqu'il y a une grosse masse ganglionnaire avec

(1) Patrick Manson. *Maladies des pays chauds*, p. 719.
(2) Godding. *Brit. Med. Journal*, 26 septembre 1896.
(3) Skinner. *Brit. Med. Journal*, 9 janvier 1897.

œdème superficiel sans fluctuation nette, la masse ganglionnaire fait hernie au dehors, ne suppure que secondairement et donne lieu à des fistules interminables à guérir. Si l'on pratique précocement l'incision, on a une large brèche qui met de longs mois à se combler, comme l'a remarqué M. Lop.

La question de ces adénites est des plus intéressantes au point de vue de la prophylaxie internationale, car, fréquentes dans des pays comme Maurice, où la peste est à l'état endémique, comme à la Réunion et Madagascar où les épidémies y sont fréquentes, on a souvent attribué ces bubons à la peste ou tout au moins on les a confondus avec des bubons pesteux. Dans le liquide que j'ai pu retirer de ces bubons par ponction, ou dans le pus lorsqu'il était collecté, le bacille de Yersin n'a pu être décelé ni par moi-même, ni par mon regretté ami et collègue Neiret, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive. Bien mieux, l'examen bactériologique resta toujours négatif, les cultures restèrent toujours stériles et les inoculations que Neiret fit aux animaux ne donnèrent aucun résultat.

J'ajoute qu'une des particularités de ces adénites, quand on les observe dans leur pays d'origine, est de revêtir à certains moments un caractère d'épidémicité, frappant par exemple de nombreux matelots d'un même bateau, se rencontrant au même moment chez de nombreux habitants d'une même ville ou d'un même village.

A Madagascar, elles se rencontrent aussi bien chez les Européens que chez les indigènes.

Tant que nous ne serons pas plus fixés sur la cause et la nature de ces adénites à évolution si particulière, il n'y a aucune raison de ne pas accepter la dénomination de Patrick Manson, celle de bubon climatérique.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Thiéry désire faire observer que la rédaction de sa communication sur le tétanos ne correspond en aucune façon au bon à tirer qu'il avait renvoyé à l'imprimerie; il regrette qu'il n'ait pas été tenu compte de nombreuses atténuations de style qui, sans déformer sa pensée, donnent cependant à sa communication une allure différente de celle qu'il aurait voulu lui voir attribuer.

Décès de M. Poirier.

Allocution de M. Quénu, Président.

Messieurs,

Au moment même où, dans notre dernière séance, nous arrivaient de si graves nouvelles sur l'état de santé de M. Poirier, notre collègue succombait aux suites d'une cruelle et courte maladie; je crois être le fidèle interprète de la Société de chirurgie en exprimant ici l'émotion et la tristesse que tous nous avons ressenties à voir disparaître si vite un homme dont l'activité, la joie de vivre, j'allais dire la jeunesse, semblaient il y a peu de semaines encore n'avoir subi aucune atteinte.

Messieurs, selon le vœu de notre collègue disparu, aucun discours n'a été prononcé à ses funérailles. Je n'ai donc pas eu et je n'ai pas encore à cette heure à rappeler les travaux du chirurgien. Je veux dire seulement que sa personnalité lui donnait une large place au milieu de nous et que, par l'application de ses profondes connaissances en anatomie, il avait su apporter de réels perfectionnements à maintes techniques opératoires.

Messieurs, j'ai adressé à tous les siens, au nom de la Société de chirurgie, l'hommage de notre profonde sympathie. Je vous propose de lever la séance en signe de deuil.

Présentation d'instrument.

M. Hartmann, au nom de M. le D[r] Tuttle, présente un *Proctoscope*. — Rapporteur : M. Hartmann.

La séance est levée, en signe de deuil.

(Walther)



Masson et Cie, Éditeurs

Phototypie Berthaud, Paris

Rapport.

Sarcome du Médiastin, par M. le Dr ETOURNEAU, médecin de la marine, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

Rapport par M. WALTHER (1).

L'évolution clinique de la tumeur, les difficultés du diagnostic, enfin les très belles photographies de la pièce donnent un intérêt particulier à l'observation que nous a envoyée M. Etourneau et que vous m'avez chargé d'analyser.

Un homme de trente-cinq ans, ouvrier de l'arsenal, entre le 3 novembre 1902 à l'hôpital maritime de Rochefort pour « troubles congestifs de la face.

« Vingt mois auparavant, en avril 1901, nous dit M. Etourneau, cet homme s'étant trouvé incommodé par l'air confiné d'un compartiment de sous-marin où il était occupé à déboulonner des cormières, voulut en sortir à reculons, en rampant ; mais, dans cette marche rétrogade, il eut le thorax fortement coincé entre deux pièces de fer, si bien qu'on dut venir à son aide pour le dégager, en opérant des tractions sur les membres inférieurs.

« Néanmoins, cet ouvrier continua son travail. Toutefois, il fut forcé, plus tard, à deux reprises, d'interrompre son service pour quelques jours, par suite d'une sensation de constriction rétro-sternale ; la deuxième fois, en avril 1902, la gêne rétro-sternale s'était compliquée d'une douleur que le malade compare à une sensation de déchirement, mais qui disparut.

« Peu après l'accident, étaient apparus quelques troubles : essoufflement facile, palpitations cardiaques fréquentes et intermittentes.

« Vers le mois d'août 1902, cet homme s'aperçoit que, quand il fléchit le thorax sur le bassin, la face se congestionne, devient violacée et tuméfiée ; il a en outre des vertiges et des éblouissements lorsqu'il se redresse.

« *Antécédents héréditaires.* — Néant.

« *Antécédents personnels.* — Grippe en 1889 pendant son service militaire.

(1) Ce rapport a été déposé et lu dans la séance précédente.

« *Examen* à l'entrée à l'hôpital (3 novembre 1902) : constitution vigoureuse.

« Face vultueuse. Cyanose des oreilles.

« Au niveau du sternum, on constate une voussure assez accusée, urtout marquée près de la ligne para-sternale droite, à la hauteur de l'extrémité antérieure des deux premiers espaces intercostaux.

« La pression digitale au foyer aortique est douloureuse.

« A deux travers de doigt au dehors de la ligne para-sternale droite commence une zone de matité qui se confond avec la matité précordiale.

« La phonendoscopie donne les mêmes renseignements.

« Pas de sensation de thrill au niveau de la voussure.

« La pointe du cœur bat dans le 5e espace.

« L'auscultation révèle un bruit de souffle, avec maximum à la base du cœur, à l'origine de l'aorte, souffle qui se transmet, en diminuant d'intensité du centre à la périphérie, dans toute la région thoracique antérieure.

« Ce bruit est irrégulier dans sa production et dyschrone avec les battements cardiaques.

« Il y a synchronisme des pulsations artérielles et des pulsations cardiaques.

« L'appareil digestif et l'appareil respiratoire ne présentent rien à signaler.

« Les urines sont normales, l'appareil uro-génital sain. Le sommeil est régulier.

« La radioscopie montre une zone d'ombre correspondant à la zone de matité sus-indiquée.

« La radiographie montre très distinctement l'existence de cette même zone d'ombre. On voit nettement la coupole diaphragmatique surmontée du cône cardiaque au-dessus et à droite duquel monte vers l'extrémité interne de la clavicule droite un rectangle d'ombre, diffus sur les bords, correspondant à la zone de matité indiquée par la percussion et la phonendoscopie.

« Diagnostic : aortite avec dilatation de la portion ascendante de la crosse. »

L'état s'améliora sous l'influence du repos ; le malade sortit le 22 novembre, très soulagé, mais présentant toujours de la congestion de la face dans les mouvements de flexion du thorax.

Bientôt, de nouveaux symptômes s'étaient manifestés, augmentant progressivement d'intensité : gêne respiratoire notable, fièvre vespérale quotidienne, sans frisson préalable, toux légère.

Le malade entre de nouveau à l'hôpital, le 17 mars 1903 :

« *Examen.* — La voussure signalée au niveau du sternum s'est notablement accentuée et a acquis le volume d'une demi-orange; elle est arrondie, lisse, sans changement de coloration à la peau, mais présente un réseau veineux sur toute sa surface. Les bords de la tumeur se fondent insensiblement avec les parties voisines, côtes et sternum.

« A la palpation, cette tumeur est ferme en même temps qu'un peu élastique et comme rénitente.

« Elle ne présente ni battements ni mouvements d'expansion. Il n'existe pas d'œdème des membres supérieurs ni de la face. Les ganglions axillaires et sus-claviculaires ne sont pas augmentés de volume. La voix est un peu voilée.

« L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal, les deux bruits cardiaques sont nets. On ne constate pas de retard du pouls radial ni du pouls carotidien sur la systole cardiaque.

« La courbe sphygmographique tracée le jour de l'entrée donne une ligne d'ascension peu élevée, mais indique un pouls régulier dont l'amplitude ne correspond pas avec l'énergie des battements cardiaques, ce qui semble indiquer qu'il y a compression de l'aorte.

« La respiration est rude et soufflante sans bruits adventices. »

L'examen radiologique donne des résultats identiques à ceux obtenus à la première entrée du malade.

La température oscille entre 37 degrés et 38°,5.

En présence de ces signes, on abandonne le diagnostic d'aortite avec dilatation, et tenant compte du traumatisme initial, de l'augmentation de volume de la tuméfaction, de la fièvre quotidienne, on se rattache à l'idée d'une « ostéo-périostite ayant déterminé une grosse collection médiastinale, communiquant par un espace intercostal avec une autre collection sous-cutanée ». On pensa donc qu'il y avait lieu d'intervenir, et le malade fut envoyé le 28 mars dans le service de chirurgie.

Le 2 avril, M. Etourneau fit une large incision en ⊥ sur la région suspecte. En divisant le grand pectoral, il rencontra un noyau lardacé, gros comme une petite mandarine aplatie et développé au milieu des fibres du muscle.

Les trois premières côtes et leurs cartilages, ainsi que la moitié droite de la partie correspondante du sternum mis à nu, ne présentent aucune altération, sauf l'extrémité interne osseuse de la 3e côte qui apparaît hyperhémiée sur une petite surface au niveau de laquelle le périoste est un peu adhérent.

Résection du 2e et du 3e cartilages et de l'extrémité interne de la

3e côte. Les muscles intercostaux sont dégénérés, grisâtres, infiltrés de tissu lardacé.

Au-dessous, on tombe sur une masse plus dure, diffuse, plongeant à gauche sous le sternum dans le médiastin. On enlève à la curette les parties les plus superficielles de cette masse. L'extirpation semblant impossible, l'opération est arrêtée là. Les incisions sont réunies, laissant seulement un assez large orifice pour drainage à la gaze.

Pendant les six jours qui suivirent l'intervention, la température resta normale. Le 8 avril, elle remonta à 38°4 comme avant l'opération.

L'état du malade resta sensiblement le même pendant trois semaines ; toujours une dyspnée plus ou moins intense ; un peu de congestion pulmonaire ; de l'expectoration muqueuse assez abondante, parfois teintée de sang.

Le 2 mai, à minuit, survient brusquement par la plaie une hémorragie très violente. Le pansement enlevé, on voit le sang venir de l'angle supérieur de la plaie ; on met là quelques pinces hémostatiques qui arrêtent l'hémorragie, mais l'état général s'aggrave rapidement, et le malade meurt une heure plus tard.

A l'autopsie, on trouve une tumeur médiane masquant le cœur et les gros vaisseaux, empiétant à droite et à gauche sur la face antérieure des poumons, se prolongeant à la région cervicale jusqu'à la base des lobes du corps thyroïde, qui sont augmentés de volume et infiltrés.

Le volume de la tumeur est énorme : hauteur, 20 centimètres ; diamètre transversal, 13 centimètres ; diamètre antéro-postérieur, 9 centimètres.

La séparation du néoplasme d'avec les organes thoraciques étant impossible, on pratique une série de coupes transversales pour se rendre compte du degré d'altération de ces organes.

Le tissu sectionné est ferme, résistant, d'aspect lardacé, sarcomateux. Les artères et les bronches apparaissent béantes sur la tranche de section.

Le péricarde est très épais et infiltré par le néoplasme, mais ne contient pas de liquide.

Le cœur, respecté, est hypertrophié, de couleur feuille morte, très friable.

La veine cave est oblitérée sur une hauteur de 3 centimètres à partir de son origine, à la réunion des troncs brachio-céphaliques.

La grande azygos pénètre dans la tumeur un peu avant la formation de la crosse ; à partir de ce point, elle diminue de calibre

et se termine au cæcum à son embouchure dans la veine cave oblitérée.

Les deux poumons sont envahis par le néoplasme dans toute leur face médiastinale sur une épaisseur de plusieurs centimètres.

L'œsophage et l'aorte refoulés contre la colonne vertébrale ne sont pas envahis par la tumeur.

En somme le néoplasme a absorbé et détruit tous les organes du médiastin, à l'exception du cœur des artères et des bronches.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome encéphaloïde.

De très belles photographies coloriées de trois coupes du médiastin à des hauteurs différentes accompagnent cette observation et montrent très nettement, comme vous pouvez le voir, les lésions décrites, notamment l'oblitération de la veine cave.

M. Etourneau insiste en terminant sur les points particulièrement intéressants de l'histoire de cette tumeur :

1° Enorme volume du néoplasme compatible avec la vie.

2° Traumatisme à l'origine de l'affection.

3° Absorption et destruction par la tumeur d'organes importants tels que : la veine cave, la grande azygos, les récurrents, les nerfs cardiaques.

4° Elévation de la température.

Le diagnostic des tumeurs du médiastin est toujours difficile et, dans l'observation de M. Etourneau, il semble que le commémoratif d'un traumatisme à l'origine des accidents et plus tard l'élévation de température aient entraînés l'erreur d'interprétation des signes observés. Il est vrai que la fièvre est parfois constatée au cours de l'évolution des néoplasmes; d'autre part, la tumeur indiquée par l'étendue de la zone de matité, par l'examen radiographique était bien volumineuse pour une collection d'origine périostique et n'en avait guère la forme; enfin la tumeur superficielle n'était pas fluctuante, mais très élastique, rénitente. Peut être une ponction exploratrice dans cette masse superficielle eût-elle put donner un bon renseignement. En tout cas, en présence des phénomènes graves de compression, M. Etourneau a bien fait de pratiquer l'incision exploratrice qui pouvait devenir curatrice et qui ne présentait aucun inconvénient.

L'observation de M. Étourneau me fournit l'occasion de vous rapporter un fait de sarcome du médiastin que j'ai eu l'occasion d'étudier l'an dernier avec notre collègue M. Broussin et M. le Dr Laurent (de Versailles).

Voici d'abord une note que je dois à l'obligeance de M. le Dr Laurent :

Jeanne L..., seize ans.

Père mort il y a un an de maladie de Bright; mère bien portante.

Cette jeune fille, étant pensionnaire dans un internat dépendant du lycée de jeunes filles de Versailles, est examinée comme les autres pensionnaires, par principe, dans le courant du mois d'octobre 1905. Le Dr Weill (de Versailles), qui procède à cet examen, constate une matité à la partie interne de la région antérieure gauche du thorax, entre le sein et la clavicule. Cette *matité*, de forme à peu près circulaire, a un diamètre d'environ 10 centimètres. Le centre de la matité correspond à peu près à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche.

Il y a au même niveau une voussure manifeste, sans battements.

L'auscultation dénote dans cette région une diminution notable, presque une abolition du murmure vésiculaire, et un retentissement exagéré des bruits du cœur.

En arrière, respiration un peu soufflante au niveau du hile du poumon, un peu diminuée dans le reste de l'étendue.

La jeune fille, interrogée au sujet de sa respiration, reconnaît que, depuis quelque temps, elle ne peut marcher ni courir comme ses compagnes. Elle ne tousse pas.

Le Dr Broussin et moi, nous concluons (26 octobre) à une masse ganglionnaire, de nature sans doute bacillaire, siégeant au niveau de la bronche gauche.

Nous revoyons la jeune fille quinze jours après; elle est peut-être un peu plus oppressée.

Vers le 20 novembre, radioscopie chez le Dr Béclère, qui montre une masse sombre à forme circulaire, non pulsatile, dans la région indiquée. La radiographie ne peut être faite, la malade toussant déjà depuis quelques jours, et cette toux devenant incessante et suffocante quand on veut coucher la malade, la poitrine sur la plaque à impressionner.

Dans la semaine du 20 au 27, la dyspnée et la toux augmentent notablement.

Le 27 novembre, le Dr Béclère procède à une radiographie dans la position assise. Il conseille une ponction exploratrice, — évacuatrice au cas où il s'agirait d'un kyste hydatique.

Le 28, le Dr Broussin pratique deux ponctions à 1 centimètre de distance, dans le tiers externe du deuxième espace intercostal gauche, dans une région mate et démontrée sombre à la radioscopie, assez loin toutefois des gros vaisseaux du hile. Ces deux ponctions ne donnent rien et laissent la sensation d'avoir été pratiquées dans une masse solide.

La dyspnée augmente, surtout la nuit, au point de devenir inquiétante. La malade ne peut rester dans son lit et est dans l'impossibilité de se nourrir.

Le 30 novembre la petite malade fut transportée à Paris, à la maison de santé de la rue Blomet, où je l'examinai avec M. Broussin et M. Laurent.

Les accidents de compression, dyspnée, troubles circulatoires, dysphagie, étaient très accentués. La malade ne pouvait se coucher. Elle restait assise accoudée sur une table et le sommeil était constamment interrompu par des quintes de toux, des crises de dyspnée très violentes.

L'examen de la très belle radiographie de M. Béclère que je vous présente ici montrait l'existence d'une volumineuse tumeur siégeant dans le médiastin. En effet, bien que cette tumeur empiétât à gauche et occupât presque toute la moitié supérieure gauche du thorax, il restait une zone claire entre son bord arrondi et la paroi thoracique. Sa forme absolument ronde était bien celle d'un kyste hydatique, mais d'une part le résultat négatif des deux ponctions pratiquées par M. Broussin et la sensation très nette qu'avait eue notre collègue de pénétration dans une masse solide, d'autre part la présence très nettement mise en évidence sur la radiographie de plusieurs masses ganglionnaires du médiastin, à droite de la tumeur, nous permettaient de rejeter l'hypothèse d'un kyste hydatique et d'affirmer le diagnostic de tumeur ganglionnaire. Enfin le volume considérable de cette masse, la rapidité du développement nous firent éliminer le diagnostic de tuberculose. Il s'agissait bien certainement d'un néoplasme, d'un sarcome ganglionnaire du médiastin.

Dans ces conditions, nous décidâmes d'essayer de la radiothérapie. La jeune fille fut transportée à la maison de la rue de la Santé et confiée aux soins de M. le Dr Passier. Je ne puis mieux faire que de rapporter ici la note que M. le Dr Passier a bien voulu me remettre :

Le 3 décembre 1905, Mlle L... est transportée, par ses parents, rue de la Santé, dans le courant de l'après-midi. La malade est dyspnéique (40 à 45 respirations à la minute), elle doit rester assise dans un fauteuil; quintes de toux fréquentes et violentes.

A l'examen, la poitrine présente une voussure très apparente en avant et à gauche; la peau présente un lacis très marqué de circulation veineuse, s'étendant sur les deux côtés de la poitrine.

A la percussion, on constate une matité absolue au niveau de la région cardiaque, qui remonte jusqu'à la clavicule.

A l'auscultation, suppression du murmure vésiculaire jusqu'à la clavicule; au-dessus, respiration normale. En arrière, pas de matité; respiration un peu soufflante au niveau du hile des bronches; pas de râles.

Cœur rapide, régulier; souffle diastolique à la base; pouls petit, moins bien frappé à droite qu'à gauche.

Première séance de radiothérapie :

3 H sur le sein gauche.
3 H sur le creux axillaire gauche.

Étincelle équivalente; spintermètre à pointe : 12 centimètres.
Distance de l'anticathode à la peau : 15 centimètres.
Rayons n° 8 à 9, au radiochromomètre de Benoist.

Dans la journée et les jours suivants, on continue le traitement médical prescrit précédemment : injections d'huile camphrée (1 à 2 centimètres cubes par jour) et de morphine (1 centigramme de chlorhydrate). Ce jour-là, la malade souffre tellement de sa dyspnée, qu'elle ne peut prendre pour tout aliment qu'un peu de bouillon. Urines rares.

La nuit n'est pas meilleure, et la malade la passe dans son fauteuil.

Le 4 décembre, la dyspnée paraît s'amender un peu.

Deuxième séance de radiothérapie :

3 H sur le sein et la clavicule droites.
3 H dos, côté gauche.
3 H dos, côté droit.

Cette séance de rayons X est faite dans les mêmes conditions que la première. Il en sera de même des suivantes.

Traitement médical, le même.

Le 5 décembre, la dyspnée diminue notablement, et la malade peut dormir la nuit étendue sur une chaise longue.

Troisième séance de radiothérapie :

3 H sein gauche.
3 H sur l'épaule gauche et le creux sus-claviculaire.
3 H aisselle gauche.

Traitement médical le même; l'appétit revient.

Auscultation et percussion : mêmes signes.

Le 6 décembre. — La malade peut passer la nuit du 5 au 6 dans son lit, le corps étendu complètement, la tête relevée par deux oreillers.

Quatrième séance de radiothérapie :

3 H sein droit.
3 H dos, côté droit.
3 H aisselle droite.

L'état général est plus satisfaisant, l'appétit est revenu; la malade est gaie, s'occupe; le visage n'est plus rouge.

Le 9 décembre. — Revue trois jours après, le 9 décembre, même état; la respiration s'entend sous la clavicule gauche, sur l'étendue de deux travers de doigt. Cœur : mêmes signes.

Le 11 décembre, l'état général continue à être satisfaisant. La malade passe d'excellentes nuits; on a diminué progressivement la dose de morphine; on a fini par supprimer l'injection.

Pouls toujours un peu rapide; le souffle diastolique du cœur persiste.

Le 13 *décembre*, nouvelle application de rayons X.

Cinquième séance de radiothérapie :

3 H sein gauche.
3 H dos, côté gauche.
3 H épaule gauche.

Le soir, pas d'appétit; température : 38°6. Constipation.

Le 14 *décembre*, la malade a été gênée pour respirer la nuit, mais les phénomènes s'amendent rapidement.

Traitement médical : injections d'huile camphrée et de morphine.

Le 15 *décembre*, état meilleur; pas de fièvre, plus de dyspnée, l'appétit revient; nouvelle séance de radiothérapie.

Sixième séance de radiothérapie :

3 H sein droit.
3 H dos, à droite.
3 H épaule droite.

Le 17 *décembre* :

Septième séance de radiothérapie :

3 H sein gauche.
3 H épaule droite.
3 H dos, à gauche.

Le 19 *décembre*, nouvelle séance de radiothérapie.

Huitième séance de radiothérapie :

3 H épaule gauche.
3 H épaule droite.
3 H dos, à gauche.

Le 20 *décembre*, élévation de température; toux, pas de dyspnée, quelques crachats visqueux; à l'auscultation, quelques sibilants à gauche. A nouveau, injections d'huile camphrée et morphine.

Le 21 *décembre*, plus de température.

Le 23 *décembre*, état meilleur; la malade semble cependant maigrir un peu; séance de radiothérapie.

Neuvième séance de radiothérapie.

Le pouls est un peu rapide; on continue les injections d'huile camphrée.

Le 25 *décembre*, état général satisfaisant. La malade désire se promener et on l'autorise à le faire dans la maison.

Nouvelle séance de radiothérapie.

Étincelle équivalente, spintermètre : 14 centimètres.

Distance de l'anticathode à la peau : 20 centimètres.

On continue les séances suivantes dans les mêmes conditions.

Dixième séance de radiothérapie :

Le 27 *décembre*. — Les nuits sont très bonnes; appétit bon. Nouvelle séance de radiothérapie.

Onzième séance de radiothérapie.

Le 28 *décembre*, nouvelle séance de radiothérapie.

Douzième séance de radiothérapie.

Immédiatement après la séance, la malade est prise d'une violente douleur rétro-sternale irradiant à droite, et respire avec beaucoup de difficulté. Température le soir : 38°4.

Injections de morphine et d'huile camphrée.

Le 29 *décembre*. — Pouls rapide, 120; très faible, la malade est oppressée. Toux, quelques crachats pneumoniques; en avant, matité jusqu'à la clavicule et abolition du murmure vésiculaire. En arrière, rien d'anormal.

Le soir, la malade va mieux. Vue par le Dr Béclère (*même trait*).

Le 31 *décembre* 1905, amélioration sensible. Nouvelle séance de radiothérapie.

Treizième séance de radiothérapie.

Le 2 *janvier* 1906, état général satisfaisant; la malade respire facilement; à titre de jeu, elle se met debout sur son lit, puis se laisse tomber d'une seule masse et reste couchée complètement à plat.

Nouvelle séance de radiothérapie.

Quatorzième séance de radiothérapie.

Le 5 *janvier*, état général satisfaisant. On est obligé de suspendre les séances de radiothérapie à cause d'une radiodermite du premier degré.

Le 8 *janvier*, la malade va moins bien, elle perd l'appétit; depuis quelque temps, constipation opiniâtre, résistant aux lavements à la glycérine. Pouls petit, rapide. Injections. Pas de dyspnée.

Les jours suivants, l'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 14 *janvier* 1906. — État général très mauvais; la malade ne se nourrit qu'avec beaucoup de difficulté; urines rares; pouls filiforme; disparition du souffle diastolique; cœur très rapide, 140; peu de dyspnée. Poumons : rien.

Au traitement, on ajoute une potion contenant 0,25 de poudre de digitale pendant deux jours.

Le 19 *janvier*. — Les jours suivants, amélioration progressive; pouls, 100 à 110. La malade peut se lever la journée. Strophantus et injections. Nouvelle séance de radiothérapie. (*Radiodermite guérie.*)

Quinzième séance de radiothérapie.

Cette séance fatigue beaucoup la malade.

Le 22 *janvier*. — Du 19 au 22, état stationnaire; le 22, la malade est assez fatiguée pour qu'on remette sa séance de rayons X au lendemain.

A partir de ce jour, la malade va de plus en plus mal; constipation; perte d'appétit, puis vomissements. Le cœur se maintient à peu près, grâce aux médicaments cardiaques.

Le 1er *février*, la malade ne se nourrit plus, devient dyspnéique; le 2, elle ne peut plus rester étendue, et meurt le 4 au matin après trente-six heures de dyspnée violente, avec vomissements. Pas ou peu

de râles dans les poumons; pas de température. Les derniers jours, elle se refuse à toute médication.

Il m'a semblé intéressant de vous rapporter ce fait à cause du résultat très frappant de la radiothérapie. Ce traitement a donné une très grande amélioration; cette amélioration n'a été comme toujours que passagère, mais pourtant la survie a été de deux mois.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. le D[r] Étourneau nos remerciements pour son intéressante observation que nous conserverons dans nos archives.

M. Ch. Monod. — Je demanderai à M. Walther sur quoi M. Étourneau fonde l'hypothèse de l'origine traumatique du sarcome chez son malade, opinion que M. Walther comme M. Étourneau paraît regarder comme indiscutable. Il me semble qu'elle n'est au contraire nullement démontrée. Je ne vois même pas comment une compression latérale du thorax, survenue chez cet homme lorsqu'il a été *coincé* entre deux pièces de fer, a pu déterminer la production d'une tumeur rétro-sternale.

M. Walther. — M. Étourneau n'attribue pas au traumatisme l'origine de ce sarcome et si dans mon rapport j'ai pu laisser entendre que j'accordais à ce traumatisme un rôle pathogénique, c'est que je me suis mal exprimé.

M. Étourneau a simplement noté et mis en évidence l'existence du traumatisme à l'origine de l'affection, et j'ai insisté sur ce fait que ce commémoratif avait été une des causes de l'erreur de diagnostic.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 MAI 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un éloge du professeur Vincent Paulet, médecin inspecteur de l'armée, par M. Gilis, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des abcès pelviens de l'appendicite.

M. Broca. — La discussion actuelle porte sur un point précis : la valeur relative de l'incision rectale et de l'incision périnéale dans le traitement des abcès pelviens de l'appendicite. Je crois que, d'un côté comme de l'autre, il s'agit d'une méthode d'exception, applicable seulement aux abcès pelviens inférieurs, et encore à ceux qui bombent très bas dans le rectum, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus, sans empâtement vers la fosse iliaque. Quoi qu'on en ait dit, en effet, les abcès pelviens supérieurs, situés vers le détroit supérieur, bombant dans le rectum à bout de doigt, sont justiciables de l'incision abdominale. De même les inférieurs, quand ils pointent vers une des fosses iliaques, assez souvent vers la gauche ; et malgré la déclivité du cul-de-sac péritonéal, le drainage m'a toujours paru bien se faire. Quelquefois, il est vrai, on croit sentir un empâtement iliaque, des adhérences, et on trouve à l'incision un péritoine supérieur non adhérent ; cela m'est arrivé une fois, et après avoir vu ce dôme, analogue à celui d'une hématocèle, j'ai recousu la plaie et passé par en bas, car je ne suis pas de ceux qui pensent qu'on peut impunément barbouiller le péritoine avec le pus d'un abcès appendiculaire. Quant à la voie basse, quand elle est indiquée,

je suis partisan de la voie rectale et non de la voie périnéale ; elle est fort simple et jamais — pas plus que pour les abcès spontanément ouverts dans le rectum, — je n'en ai vu d'inconvénient par infection secondaire de la poche ouverte dans un organe malpropre. La guérison dans les trois cas de ma pratique où cette conduite m'a paru justifiée, a été rapide. J'entends la guérison des accidents aigus, car après cela, comme après ouverture rectale spontanée, il peut être indiqué de réséquer secondairement l'appendice. Je n'insiste pas davantage, car je n'ai pas changé d'avis sur ce point depuis un article que j'ai publié il y a près de dix ans dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

M. Chaput. — La voie prérectale préconisée par Robert Picqué pour l'ouverture des abcès pelviens appendiculaires ne me paraît pas mériter l'enthousiasme de quelques-uns de nos collègues ; de même la voie rectale est trop méconnue par eux.

L'incision prérectale est en effet une véritable opération, nécessitant une anesthésie absolue ; c'est une opération difficile, exposant chez l'homme à la blessure du rectum ou de l'urètre.

Vous avez entendu un chirurgien consommé, M. Routier, vous dire qu'il a trouvé cette opération très difficile.

Au contraire, l'incision rectale est des plus simples ; on peut, à la rigueur, l'exécuter sans anesthésie aucune, elle ne présente aucune difficulté, et n'expose à aucune complication. Je l'ai exécutée un grand nombre de fois et toujours à mon entière satisfaction.

On lui a reproché d'exposer à l'hémorragie, accident que je n'ai pas observé.

Le plus grand grief qu'on lui fasse, c'est qu'elle expose à l'infection du foyer par les matières fécales. Cette objection, il faut le dire, est toute théorique, car l'infection rectale est si peu à craindre qu'on ne l'observe jamais et que nos malades guérissent en quinze jours.

M. Routier, qui a opéré par la voie prérectale et par la voie rectale, a constaté que cette dernière lui avait fourni des guérisons plus rapides.

Je ne parlerai pas de la voie abdominale qui expose à l'éventration, à la perforation primitive ou secondaire de l'intestin ou de la vessie (cas de M. Sieur), et qui ne fournit pas un drainage déclive ; quand on a utilisé une seule fois la voie rectale, on considère que la voie abdominale est à tout jamais condamnée. Voici la technique à laquelle je me suis arrêté pour l'incision rectale : anesthésie au chloréthyle générale, ou mieux à la stovaïne lombaire, ou à la rigueur pas d'anesthésie du tout. Lavage du rectum à l'eau oxygénée, essuyage avec des tampons secs.

L'index gauche muni d'un doigtier se met en contact avec le point culminant de la tumeur abcédée. En se guidant sur l'index gauche, on introduit une pince-trocart (de Chaput), un peu courbe, jusqu'au contact de la tumeur, bien au-dessus de la prostate et des vésicules. On perce d'un coup rapide la paroi rectale, on écarte les mors de la pince de façon à obtenir un orifice admettant facilement l'extrémité de l'index; le pus s'écoule à flots. Il est inutile de laver le foyer ou même de l'essuyer, inutile aussi de placer dans l'abcès des drains ou des mèches douloureux et mal tolérés; on nettoie seulement le rectum avec des tampons secs, et on place un pansement aseptique sur l'anus.

Pour éviter que l'incision se referme trop vite, il faut tous les jours, avec un doigtier, engagerl'extrémité de l'index dans l'incision. Cette manœuvre faite avec précaution est indolente, elle est beaucoup mieux tolérée que l'introduction des mèches ou des drains.

Les chirurgiens qui critiquent l'incision rectale ne la connaissent pas; aussi terminerai-je comme dans les réclames en disant de cette opération : « l'essayer, c'est l'adopter ».

M. Paul Reynier. — J'ai vu avec plaisir l'autre jour mon ami Picqué venir préconiser pour l'ouverture des abcès pelviens d'origine appendiculaire, accessibles par le rectum, la voie inférieure, qui en effet par sa déclivité assure mieux le drainage de l'abcès que la voie supérieure abdominale. Et c'est avec surprise que, avec un seul cas, j'ai entendu M. Sieur défendre cette dernière. Si M. Chaput et moi avons préconisé la voie inférieure, c'est que nous avions remarqué, comme beaucoup de nos collègues, que l'ouverture d'un abcès par la voie abdominale n'est pas toujours exempte de danger, surtout quand il s'agissait d'abcès pelviens. Que de fois, en effet, n'avons-nous pas vu avec une douloureuse surprise l'ouverture faite par nous, ou par quelques-uns de nos collègues, d'abcès par la voie abdominale, être suivie d'une élévation de température, d'aggravation de l'état général, et même de mort. Nous nous sommes alors demandé si cela tenait au drainage insuffisant, le drain n'étant pas dans la position déclive, ou à la contamination des lèvres de la plaie car par cette voie on ouvrait sur une large surface des bouches péritonéales et cutanées, musculaires, éminemment absorbantes.

D'autre part, si nous mettions en comparaison les cas où l'abcès s'était ouvert spontanément dans l'intestin, nous ne pouvions pas ne pas être frappé de la bénignité de ces ouvertures spontanées, bénignité probablement due à ce que l'ouverture se fait dans une position déclive, et que là les bouches absorbantes sont réduites

au minimun, vu le peu d'épaisseur de l'orifice intestinal. Or, lorsque nous avons préconisé l'incision rectale, c'était parce que nous cherchions à nous rapprocher le plus possible de ce qui se passait dans les ouvertures spontanées. Le résultat a confirmé nos prévisions. A la suite de ces ouvertures rectales, on est étonné de voir comme les choses se passent facilement et toujours simplement. Cette année, j'ai encore ouvert quatre abcès par cette voie, sans avoir l'ombre d'un accident. Voilà les raisons, mon cher collègue, qui nous ont fait abandonner l'incision abdominale; et nous vous demandrions d'apporter une statistique de plusieurs années, comparable à celle sur laquelle nous avons fait notre conviction, pour nous faire modifier notre manière de voir.

Mais reste alors à discuter sur la valeur de l'incision prérectale, comparée à l'incision rectale.

Je reconnais que l'incision prérectacle donne libre issue au pus. Mais elle n'est pas toujours facile, comme nous l'a fait remarquer M. Routier, et si l'abcès est placé latéralement ou un peu haut, la recherche par cette voie pourra être très laborieuse et dangereuse. Chez la femme, quand je le pourrai, je donnerai toujours la préférence à l'incision vaginale : mais chez l'homme et chez la vierge, je préfèrerai au contraire toujours l'incision rectale, beaucoup plus simple, plus rapide, et qui n'exige même pas, comme le faisait remarquer M. Chaput, d'endormir le malade.

La simplicité et la facilité de cette intervention est même si grande, que je me dis que ceux qui la combattent ne doivent pas savoir comment je m'y prends, car, connaissant cette manœuvre, ils ne montreraient pas, comme M. Sieur, vis-à-vis d'elle un certain effroi.

Rien en effet n'est plus aisé, avec l'index gauche dans le rectum servant de conducteur, d'introduire le trocart dilatateur que je vous ai déjà présenté et de ponctionner l'abcès. Ce trocart, en effet, qui n'est qu'une modification du dilatateur de Segond, a une pointe conique, mais formée par un cône arrondi dont l'extrémité punctiforme seulement est piquante. Avec cette pointe on pénètre dans l'abcès et, dès qu'on y a pénétré, on ouvre le dilatateur, et on agrandit l'ouverture sans sectionner, et sans crainte, par suite, d'hémorragie. Encore une fois, vous n'avez pas besoin d'endormir le malade, vous n'avez même pas besoin de dilater l'anus, et vous pouvez faire cette ponction, qui est peu douloureuse, sans que le malade presque s'en doute. Or, si on compare la simplicité de cette intervention à l'ouverture prérectale, je crois qu'il est difficile de ne pas lui donner la préférence.

M. Le Dentu. — Des observations d'abcès pelviens en corré-

lation plus ou moins certaine avec une appendicite nous ont été récemment communiqués par MM. Georges Picqué, Routier et Sieur. Pour les trois cas de M. Routier, l'origine appendicitaire ne peut guère être contestée; il n'en est pas de même de ceux de M. Georges Picqué (abcès rétro-vésical chez un homme) et de M. Sieur (abcès pelvien chez un homme, précédé de quelques vagues troubles intestinaux). Si l'on n'a pas positivement le droit de la nier, il n'est pas permis de l'affirmer absolument.

Même chez un sujet qui a été atteint d'appendicite quelque temps avant la formation d'un abcès pelvien, l'interprétation du fait peut offrir de réelles difficultés. Vous allez en juger par l'exposé qui suit :

Le 28 février 1906, je suis appelé en consultation par le Dr Caboche auprès d'une jeune fille de dix-huit ans, offrant les signes tout à fait classiques de l'appendicite aiguë : douleurs vives dans la fosse iliaque droite, induration profonde, défense musculaire, hyperesthésie, ballonnement limité, vomissements, fièvre élevée. Nous sommes au quatrième jour de la maladie. Comme aucun symptôme n'impose l'intervention d'urgence, nous nous décidons pour l'expectative, mais nous craignons la formation immédiate d'un abcès.

Notez que, quatre ans auparavant, au cours d'une fièvre typhoïde, cette jeune fille *avait eu une violente atteinte de colite muco-membraneuse*. La colite avait cédé, mais une constipation opiniâtre avait persisté depuis lors.

Au huitième jour une détente se produit, mais incomplète. Nous continuons à laisser refroidir, mais la douleur est toujours là, bien qu'atténuée, et la température se maintient toujours un peu au-dessus de la normale.

Au vingtième jour, je commence à avoir l'impression que la temporisation n'est pas sans péril. Je fais l'opération au trentième jour après le début des accidents.

Je trouve une collection séro-purulente à grumeaux fibrineux, circonscrite par l'épiploon, le cæcum, la dernière anse grêle, et au fond l'appendice coudé, tuméfié, rouge, friable, s'éraillant sous les tractions les plus prudentes, couché sur la fosse iliaque et ne plongeant nullement dans le petit bassin.

A l'incision, un contenu muqueux trouble et noirâtre s'en échappe. La paroi est notablement épaissie, infiltrée d'une grande quantité de leucocytes ; la muqueuse est d'un rouge intense, boursouflée, tomenteuse. Dans le canal, on ne constate ni rétrécissement, ni calculs.

Je fais l'enfouissement avec le plus grand soin, après avoir ramené sur la surface éraillée de l'appendice une couche de péri-

toine et des lobules graisseux du cæcum. Un drain de plusieurs centimètres de long est introduit jusqu'au voisinage du détroit supérieur du petit bassin.

Suites des plus simples. Apyrexie franche d'emblée ; le drain est raccourci puis supprimé au quatrième et au huitième jour; les fils sont enlevés au douzième jour. La guérison est complète, la convalescence tout à fait normale. État général excellent, retour de l'appétit et des forces. *Les selles se régularisent spontanément.*

La jeune malade réintègre son domicile trente jours après l'opération. *La situation se maintient absolument satisfaisante jusqu'au commencement du troisième mois après l'intervention.* Alors se déclare une angine herpétique assez violente, puis vers le 7 juin (l'opération est du 26 mars) la jeune malade *est prise de douleurs aiguës dans la fosse iliaque gauche*, sur le trajet du côlon, douleurs accompagnées de ballonnement, de contracture musculaire, de fièvre intense et d'expulsion de muco-membranes abondantes.

Il y avait là tout ce qu'il fallait pour diagnostiquer une violente poussée de colite ou de sigmoïdite. Telle fut l'impression de mon confrère, et telle fut aussi la mienne lorsque, très peu de jours après le début de ces accidents, je fus appelé de nouveau auprès de la malade. Le maximum de la douleur se trouvait au niveau d'une induration de la fosse iliaque gauche. A ce moment, *rien d'anormal ne s'était passé du côté de la cicatrice de l'appendicite opérée.* La couleur n'en était même pas modifiée, et les recherches en vue de reconnaître quelque gonflement inflammatoire dans son voisinage, et spécialement dans la partie la plus proche du petit bassin, restaient négatives.

Néanmoins la question de savoir si le travail inflammatoire nouveau n'avait pas eu son point de départ dans l'ancien foyer de l'appendicite hantait notre esprit ; mais il nous était impossible de la trancher dans ce sens.

Cependant les phénomènes généraux s'accentuaient, et une tuméfaction profonde, pelvienne, se décelait chaque jour davantage. La formation d'un abcès était évidente.

Un jour la cicatrice de la fosse iliaque droite devint rouge et turgescente; je l'ouvris dans sa partie inférieure, mais elle ne laissa échapper qu'une très petite quantité de pus qui était arrivée là par simple infiltration. La vraie collection était plus loin et ne communiquait que fort mal avec ce tout petit foyer superficiel. N'était-ce pas une preuve que cette infection secondaire et tardive n'émanait pas directement de l'ancien foyer de l'appendicite? Du moins n'était-il pas permis d'en douter? La marche très favorable

de la guérison après l'intervention ne fournissait-elle pas de son côté un argument contre cette hypothèse ?

La tuméfaction devenue presque médiane se rapprochait de la paroi abdominale, mais une zone sonore restait interposée entre elle et cette paroi. Donc, impossible, sans une très grande imprudence, d'aborder la collection par la région hypogastrique. Du côté du rectum, on sentait des indurations étalées et haut placées, mais *elles ne bombaient pas* et *elles ne semblaient se ramollir en aucun point.*

L'expectation s'imposait toujours, et nous étions au quinzième jour. Je m'en allai en disant aux parents : « Si cet abcès pouvait se vider par le rectum ! » La nuit suivante, mon souhait se réalisait. Une grande quantité de pus fut expulsée en plusieurs garde-robes. Immédiatement la fièvre tomba, et, sauf deux très faibles élévations de la température qui ne dépassèrent guère 38 degrés, l'apyrexie fut définitive. Au bout de quatre semaines tout au plus, la guérison du trajet intermédiaire entre le foyer et le rectum put être considérée comme complète.

Trois mois se passèrent, puis après cette période déjà longue de santé parfaite, la jeune malade présenta de la paralysie mal délimitée de plusieurs muscles de l'avant-bras droit. Elle fut interprétée par un spécialiste compétent dans le sens d'une névrite de certaines branches du plexus brachial, d'origine infectieuse. C'était le quatrième anneau d'une chaîne qui commençait à l'appendicite et dont les anneaux intermédiaires étaient représentés par l'angine herpétique et l'abcès pelvien.

Comment convient-il d'interpréter définitivement ce dernier?

L'explication la plus simple serait de le considérer comme une infection partie réellement de l'appendicite, mais qui aurait couvé longtemps et se serait développée autour du côlon et de l'anse sigmoïde, par conséquent à une grande distance de la région primitivement malade. Si cette explication est la bonne, ce fait présenterait la question des abcès pelviens d'origine appendicitaire sous un aspect spécial et particulièrement intéressant.

Mais une autre interprétation me paraît aussi défendable. N'ai-je pas eu affaire à une péricolite ou à une périsigmoïdite suppurée, consécutive à une violente poussée de colite muco-membraneuse, et tout d'abord indépendante de l'ancien foyer d'appendicite? Pour une malade dont le sang et les tissus n'étaient peut-être pas encore entièrement débarrassés de tout germe infectieux, qui venait d'être atteinte d'une angine sérieuse, cette explication ne doit pas sembler vraiment paradoxale. Je ne la donne cependant pas comme digne d'un crédit sans limites.

En tout cas, un fait doit être dégagé nettement des détails

fournis antérieurement, c'est que cette inflammation secondaire s'est développée autour de l'anse sigmoïde. C'est un exemple de *périsigmoïdite apparue consécutivement à une appendicite et en corrélation directe ou indirecte avec elle.*

Je n'ai rencontré aucun cas semblable dans la thèse de Saillant (*sigmoïdites et périsigmoïdites.* Paris, 1905-1906, n° 250). Il n'en existe pas non plus dans le très intéressant article de M. Lejars sur le même sujet (*Semaine médicale*, 27 janvier 1904), et je n'ai pas eu le loisir de faire des recherches dans les mémoires de Th. Rosenheim, parus en Allemagne. Cette question mériterait d'être étudiée à fond. Je n'ai eu aujourd'hui d'autre visée que d'attirer votre attention sur la difficulté d'interprétation de certains abcès pelviens et sur les risques d'erreur que comporte la tendance actuelle à expliquer par l'appendicite tout abcès pelvien dont la cause échappe. Plus de rigueur est nécessaire. J'estime, pour mon compte, qu'il faut se tenir sur la réserve, du moment que l'intervention de l'appendicite ne peut pas être démontrée.

Sur un point important de la question, nos collègues se sont montrés très partagés. Par où faut-il aborder les abcès pelviens? Sera-ce par la paroi abdominale, suivant la conduite de M. Sieur? Sera-ce par la voie prérectale, comme le recommande M. Picqué? Sera-ce par le rectum, conformément à la conclusion de M. Routier? Je dirai à mon tour : par la voie où l'abcès sera le mieux abordable et avec le moins possible de danger.

L'incision de la paroi abdominale ne me paraît digne de choix que si des adhérences se sont établies ou si la poche est assez voisine de cette paroi pour qu'on puisse la marsupialiser. En réalité, les collections énormes se prêtent seules à ce procédé d'incision. Je le crois suffisant s'il peut être appliqué dans les conditions indiquées à l'instant. Le drainage avec de gros tubes peut assurer l'évacuation de la poche, si celle-ci n'est pas trop compliquée dans ses dispositions intérieures.

Mieux vaudrait cependant un drainage au point le plus déclive. Celui-ci est réalisé par l'incision prérectale et par l'incision rectale. Laquelle des deux est préférable ?

Si l'abcès bombe du côté du rectum, je ne crois pas qu'il y ait à hésiter : c'est là qu'il faut l'ouvrir. C'est le procédé qui se rapproche le plus de l'ouverture spontanée dans cette portion de l'intestin, procédé de guérison naturelle des abcès pelviens dont l'observation a reconnu l'excellence depuis fort longtemps. Mais il faut que l'abcès bombe notablement et refoule la paroi antérieure en bas. Autrement — et ceci est vrai pour les hommes surtout — l'incision devrait être très haute, et par là elle deviendrait bien aventureuse. J'aimerais encore mieux attendre l'ouverture spon-

tanée, ou laisser à la collection le temps de faire saillie quelque part, soit derrière la paroi abdominale, soit dans le rectum ou le vagin.

On a reproché à l'incision rectale de ne pas permettre un drainage très correct et suffisamment prolongé. L'objection est fondée en tant que difficulté particulière du drainage; mais outre qu'elle n'est pas d'une exactitude absolue, on peut répondre que si ce drainage est d'une utilité certaine, il n'est peut-être pas rigoureusement nécessaire. Le drainage naturel après l'ouverture spontanée s'opère habituellement très bien, et nous savons également que les matières solides n'ont guère de tendance à envahir le foyer. Les gaz qui y pénètrent sont loin de s'opposer toujours à la guérison. Reste à envisager l'incision prérectale. Elle a réussi à M. Picqué. C'est une voie anatomique bien étudiée actuellement et qui mène sans trop de difficulté au cul-de-sac recto-vésical de l'homme. Sans doute, mais après des délâbrements assez importants, avec certains risques d'hémorragie et de blessure de l'urètre et du rectum. C'est une opération véritable et non une simple incision comme l'incision rectale, de sorte que, à conditions égales du côté de l'abcès, je préférerais certainement cette dernière.

Mais dans le cas où l'abcès se présenterait mal du côté du rectum, je reviendrais plutôt à l'incision prérectale ; ou bien — et ceci serait conforme à ma conduite dans le cas dont j'ai parlé plus haut — j'attendrais que les indications devinssent plus précises au point de vue de l'incision rectale. Une seule raison me contraindrait à agir sans retard, ce serait la gravité de l'état général et une durée déjà longue des accidents. Alors je renoncerais à la temporisation et je choisirais la voie qui me semblerait en même temps la plus directe et la moins périlleuse. Suivant les conditions particulières du cas et suivant le sexe, j'inciserais la paroi abdominale, latéralement ou sur le milieu, le vagin, le rectum ou la région périnéale. Dans le cas où l'abcès ne serait saillant ni vers la paroi abdominale, ni vers le rectum, la voie prérectale mériterait la préférence ; mais si l'abcès bombait à la fois vers le rectum et vers le périnée, je pratiquerais plutôt l'incision rectale, à cause de sa simplicité, et malgré les objections qu'on a élevées contre elle et qui sont en contradiction avec les données de l'observation clinique.

M. Mauclaire. — Dans la question du drainage prérectal pour appendicite pelvienne, je ne veux envisager que plusieurs points de la technique opératoire.

Ce drainage pelvien prérectal peut être fait évidemment tantôt par la *voie combinée abdomino-périnéale*, un conducteur repous-

sant de haut en bas les tissus prérectaux que l'on incise par le périnée; tantôt par la voie uniquement basse, c'est-à-dire par la périnéotomie prérectale.

Tantôt, en effet, par la voie haute on fait le *drainage abdomino-périnéal*, et cela soit au cours d'une péritonite généralisée, soit au cours d'une péritonite pelvienne, d'origine appendiculaire le plus souvent. Dans ce dernier cas, le drainage prérectal peut être soit primitif, soit secondaire, c'est-à-dire que le drainage du pelvis par la voie iliaque étant jugé insuffisant, comme le démontrent la fièvre et le toucher rectal, le chirurgien, à l'aide d'un cathéter ou d'une pince courbe, repousse de haut en bas le cul-de-sac péritonéal prérectal et par le périnée le bistouri incise tous les tissus prérectaux ; cela vaut mieux que la ponction avec le trocart. L'opération est très facile et très simple dans ces conditions. Ce n'est pas plus compliqué ni plus grave qu'une incision soit de l'urètre sur cathéter, soit d'un cul-de-sac vaginal postérieur.

J'ai fait plusieurs fois cette incision prérectale suivant la voie combinée abdomino-périnéale, pour des péritonites généralisées, et sans difficulté aucune, depuis 1898 et 1899. Ainsi que je le dirai plus loin, je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer ce drainage abdomino-périnéal et prérectal pour péritonite uniquement pelvienne et d'origine appendiculaire, comme l'ont fait Delanglade (deux cas) et Robert Picqué (un cas).

Mais du fait des adhérences intestinales ou vésicales, on ne peut pas aborder toutes les suppurations pelviennes par la voie abdominale, et un peu moins facile est le *drainage prérectal d'emblée fait de bas en haut sans ouverture préalable de l'abdomen*, drainage que j'ai étudié dans un mémoire publié en décembre 1897 à la Société anatomique. Je ne suis pas surpris des difficultés rencontrées par M. Routier dans son observation. Cela tient aux grandes variétés individuelles de profondeur du cul-de-sac péritonéal prérectal. La distance de ce cul-de-sac à la peau du périnée varie de 3 centimètres à 10 centimètres et demi, comme le démontrent les recherches anatomiques de Lisfranc, Sanson, Legendre, Velpeau, Malgaigne, Sappey, Cruveilher, A. Richet, Farabeuf, Tillaux, Testut, Quénu et Hartmann, Jonnesco, Paul Delbet et celles que j'ai faites avec Mouchet en tenant compte de la taille du sujet. Ces variations s'expliquent par ce fait que chez l'embryon, ce cul-de-sac descend très bas et il s'oblitère ensuite de bas en haut et plus ou moins haut.

Il est plus difficile, disions-nous, de pénétrer dans le pelvis par cette voie basse directement sans être aidé par un doigt ou un cathéter qui repousse de haut en bas les tissus prérectaux (voie combinée abdomino-périnéale).

Et cependant en 1900, à l'hôpital Bichat, je suis arrivé facilement sur une poche pelvienne d'origine appendiculaire en suivant uniquement cette voie basse. Sutton (un cas), en 1898 (1), Delanglade (trois cas), en 1899 (2), ont suivi cette voie prérectale comme je l'avais indiquée et que je rappellerai brièvement. Il faut faire une incision transversale prérectale juste en avant du sphincter externe; on coupe successivement la peau, le tissu cellulaire souscutané le raphé ano-bulbaire et quelques faisceaux antérieurs du releveur de l'anus. On décolle ensuite l'espace prérectal placé entre l'aponévrose prostato-péritonéale et la face antérieure du rectum. Puis l'index dirigé alors en haut et en avant comme vers l'ombilic effondre le cul-de-sac péritonéal dont on augmente la saillie en faisant avec la main libre une légère pression de haut en bas sur la région hypogastrique.

Les vaisseaux que l'on peut rencontrer par cette incision sont les artérioles et veines hémorroïdales moyennes; mais ils sont le plus souvent situés un peu latéralement. Dans tous les cas depuis la prostatectomie périnéale et l'extirpation périnéale haute du rectum on sait les lier ou les tamponner. D'ailleurs on peut tout aussi bien les blesser par la voie rectale étant données leurs anomalies et variétés de situation.

En ce qui concerne la *voie rectale*, je suis du même avis que M. Routier, quand la tumeur bombe à la région ano-rectale, comme dans son observation; je pense qu'il ne faut pas hésiter à suivre cette voie opératoire étant donné sa facilité et je ne crois pas que dans ces conditions la communication avec le rectum soit bien grave au point de vue de la septicémie. Cependant Sutton avait tout d'abord évacué l'abcès pelvien par le rectum pour aller au plus pressé. Deux jours après, la fièvre reparut, c'est alors qu'il fit l'incision prérectale pour évacuer un foyer de pus et de liquide stercoral. L'incision du rectum avait donc provoqué l'infection stercorale du foyer pelvien. Mais l'abcès pelvien peut ne pas bomber dans le rectum ou bomber très haut, la voie prérectale s'impose alors.

J'ai eu l'occasion enfin de soigner sept cas d'appendicite iliopelvienne uniquement par le *drainage ilio-pelvien*. Six de ces malades ont guéri; le septième est mort de péritonite généralisée. Mais en faisant ce drainage supérieur, qui peut évidemment suffire comme le démontrent bien des observations, je surveillais de près les malades et si j'avais constaté un drainage pelvien insuffisant du fait de la persistance de la fièvre ou si j'avais senti une

(1) Sutton. *J. american medical Association*, 1898, p. 1438.
(2) Delanglade. *Société de chirurgie*, mai 1900.

poche pelvienne supplémentaire par le toucher rectal, j'aurais fait un drainage supplémentaire inférieur, c'est-à-dire, suivant les cas, le drainage abdomino-périnéal ou le drainage prérectal d'emblée. Tout dépend de la situation de la poche suppurée et de la direction vers laquelle elle bombe. Je pense que M. Sieur aurait agi de même chez son malade, c'est-à-dire qu'il aurait fait le drainage prérectal, si la fièvre persistante avait indiqué un drainage incomplet. C'est ce que fit Delanglade dans deux cas. Ce drainage abdomino-périnéal secondaire, a donc des indications précises. J'aurai dû le faire chez le malade sus indiqué qui succomba à la péritonite généralisée.

En somme, pour ces appendicites pelviennes et abcès pelviens, il n'y a pas de voie de drainage exclusive du pelvis; la voie haute : abdominale simple ou ilio-pelvienne, les voies basses : prérectale ou rectale ont chacune leurs indications. Elles peuvent même être combinées.

Traitement du tétanos.

M. Rieffel. — La présentation du malade de M. Guinard a donné lieu à une discussion d'une extension inattendue sur la thérapeutique du tétanos. La plupart d'entre nous ont pris la parole et je n'ai plus grand'chose à ajouter après ce qu'ont dit les orateurs qui m'ont précédé.

En ce qui concerne la sérothérapie préventive, je partage de tous points l'opinion de mon ami Pierre Delbet et je fais, comme lui, les mêmes restrictions.

Quant à la sérothérapie curative, son action, comme le proclament la plupart d'entre nous, est absolument nulle; elle n'a de curative que le nom. D'après les quelques cas que j'ai observés, d'après mes lectures, d'après une conversation que j'ai eue avec le Dr Martin de l'Institut Pasteur, tout, dans cette question du tétanos humain, est à reprendre, tant au point de vue expérimental que clinique. Dans quelques livres de pathologie, on vante les effets du traitement par l'antitoxine. Il est bon que les praticiens sachent qu'ils n'ont rien à espérer des injections sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses, intranerveuses, intracraniennes, intrarachidiennes, des sérums antitétaniques, quelle que soit d'ailleurs leur provenance (Pasteur, Behring, Tizzoni, etc.). Cette opinion est générale, non seulement chez nous, mais aussi à l'étranger, et je me permets de faire observer à mon maître et ami M. Reynier qu'en Allemagne les injections intrarachidiennes ne sont plus en honneur. J'attire son attention sur un récent article de Mandry (1),

(1) Mandry. *Beitr. zür kl. Chir.*, 1907, t. LIII, p. 731.

qui, après une discussion critique très détaillée, dit qu'il se croirait autorisé à ne plus faire d'injections, sans qu'on pût lui reprocher la moindre faute thérapeutique.

Quelques-uns d'entre nous tendent cependant à accorder au sérum une certaine efficacité dans le traitement du tétanos à marche lente. Je regrette de ne pouvoir partager cet optimisme, et voici pourquoi.

Il y a trois ans, j'étais appelé avec le D[r] Parmentier, près de la femme d'un confrère, qui s'était fait une plaie insignifiante de la région amygdalienne droite. La malade n'y prêta aucune attention, lorsqu'au bout de sept jours, elle éprouva un peu de gêne de la déglutition et une légère contraction du masséter droit. On pensa d'abord à une angine; mais il n'y avait ni fièvre, ni rougeur de la gorge. Le lendemain matin, le diagnostic ne faisait plus de doute; le trismus était plus marqué, il existait une légère asymétrie faciale. Nous instituâmes immédiatement le traitement dans toute sa rigueur : isolement, chloral et bromure à haute dose, injections sous-cutanées de sérum de Pasteur de 10 centimètres cubes. Pendant toute une semaine, le même traitement fut continué, mais sans résultat appréciable ; le tétanos, d'abord céphalique, se généralisa ; survinrent de l'opisthotonos, de la contracture d'abord intermittente, puis permanente des membres inférieurs, enfin une sécrétion sudorale abondante. Cependant la température ne dépassa jamais 38°5. Nous essayâmes alors pendant cinq jours consécutifs les injections sous-arachnoïdiennes, puis nous reprîmes les injections sous-cutanées, tout en continuant bromure et chloral jusqu'à 14 grammes par jour. Une légère détente parut se produire. Je vis la malade le matin du dix-septième jour après le début des accidents; la contracture des membres avait diminué, le trismus était moins accusé, la malade pouvait avaler quelques gorgées de liquide; tout semblait nous faire espérer la guérison, lorsque, brusquement, le même jour à 11 h. 1/2, elle fut emportée par un spasme glottique.

Voilà, je vous l'avoue, un cas qui a singulièrement ébranlé ma foi dans la valeur curative du sérum antitétanique. Aussi, si je devais actuellement formuler une conclusion, je dirais : Il est des tétaniques qui guérissent seuls, sans (ou peut-être malgré) les injections répétées et massives de sérum; il en est d'autres qui succombent quoi que nous fassions, bien que nous pratiquions des injections méthodiques et suivies, que le sérum ait traversé l'organisme et que nous constations sa présence dans les urines.

Aussi, jusqu'à plus ample informé, c'est encore l'ancienne thérapeutique qui mérite le plus notre confiance.

M. Paul Berger. — Le principal intérêt de la discussion présente réside dans la détermination de la valeur des injections de sérum antitétanique dans le traitement préventif du tétanos et de leur efficacité.

L'examen des cas de tétanos observés dans les services de chirurgie où l'on pratique régulièrement les injections préventives est ici de première importance.

Or, voici un fait qui fait absolument pendant à celui que, dans la dernière séance, nous a communiqué notre collègue, M. Routier :

Dans mon service, depuis sept ans au moins, soit à Beaujon, soit à Necker, l'on a, d'après mes instructions, toujours soumis à l'injection préventive, les malades qui y sont entrés ou qui s'y sont présentés avec des plaies de rue, des blessures des parties découvertes, face et mains; des écrasements, des fractures compliquées, des plaies par balles de revolver et tout particulièrement les blessures qui pouvaient avoir été en contact avec le sol ou avec des agents vulnérants, souillés par le contact du sol, ou qui étaient compliqués de l'introduction de corps étrangers.

Or, voici le seul cas de tétanos que j'ai eu à observer depuis cette époque :

Un homme de cinquante ans a, le 9 avril dernier, l'extrémité de l'index pris entre un tonneau et un mur. On constate à la consultation externe de l'hôpital Necker un écrasement des deux dernières phalanges de l'index et on les enlève : on panse la plaie qui s'étendait jusqu'au premier espace interdigital. Le 17 avril, le malade se présente à la consultation avec de la constriction des mâchoires et de la raideur de la nuque; il est aussitôt admis dans mon service, où M. le Dr Guibé, chef de clinique, pratique l'amputation de l'index dans les parties saines, en enlevant avec l'index la tête du deuxième métacarpien. Il fait faire une injection de sérum antitétanique et institue le traitement au chloral.

Le lendemain matin, je trouve le malade en opisthotonos complet, avec des spasmes convulsifs généralisés, survenant par accès sous l'influence de la moindre excitation ou même spontanément. Ces attaques convulsives qui s'accompagnent de souffrances vives, d'anxiété extrême et de gémissements reviennent à chaque instant.

On pratique dans la journée plusieurs injections de sérum antitétanique, on force la dose de chloral. 16 grammes de chloral associés à la morphine, 40 centimètres cubes de sérum antitétanique administrés dans les vingt-quatre heures n'empêchent pas le malade de succomber dans la nuit du 17 au 18 avril, moins de quarante-huit heures après le début des accidents. Sa température n'avait pas dépassé 37 degrés.

Or, ce blessé n'avait pas reçu d'injection préventive à la consul-

tation externe de l'hôpital. N'est-il pas intéressant de constater que, dans un service où le traitement préventif du tétanos pour les plaies de rue est la règle, le seul blessé qui, en plusieurs années, sept ans environ, ait été atteint de tétanos, soit un sujet sur lequel ce traitement préventif n'ait pas été appliqué?

Cet exemple n'est pas le seul : W. H. Luckett, dans un article de l'*American Journ. of surgery* (juillet 1906) consacré aux plaies accidentelles produites par les révolvers que l'on porte si souvent dans la poche en Amérique, décrit les soins minutieux qu'il prend pour éviter le développement du tétanos (débridements, curettage de la plaie, désinfection par les antiseptiques), soins parmi lesquels l'injection de sérum antitétanique tient la première place; sur 60 blessés, soumis à ce traitement, une seule, une femme qui avait refusé l'injection antitoxique et chez laquelle on s'était contenté de saupoudrer la plaie avec de la poudre d'antitoxine desséchée, une seule fut prise de tétanos à forme grave.

Des séries semblables confirment les espérances que donnaient à Nocard le résultat de ses injections préventives chez les animaux, résultats qu'il communiquait à l'Académie de médecine dans les séances des 20 et 27 juillet 1897.

Le soin même avec lequel les chirurgiens, qui ont recours au traitement préventif, publient les insuccès de ce traitement, prouve combien ceux-ci sont peu nombreux. Je ne trouve pas que le chiffre de 32 cas, dont M. Reynier a relevé l'indication, soit suffisant pour contester la valeur des injections antitétaniques, faites aussitôt après la blessure; tout au plus doit-il faire faire quelques réserves sur la constante efficacité de ce moyen.

L'examen des faits dans lesquels le tétanos s'est déclaré après l'injection préventive met d'ailleurs en lumière un fait intéressant et favorable à compter à leur actif.

J'ai ajouté aux 21 faits réunis par M. Krafft (de Lausanne) et cités dans son travail communiqué au XIXe Congrès de chirurgie, 21 faits dont 19 seulement peuvent être utilisés, tous les cas que j'ai pu trouver épars dans les discussions et dans la littérature : il me manque quelques-uns de ceux qu'à cités M. Reynier, et j'en ai trouvé d'autres.

C'est ainsi qu'aux deux cas de Lotheisen, à celui de Kocher, à ceux publiés par Suter, par Pochhammer, je puis joindre ceux d'Ulbrich (de Breslau), et ceux qui ont été communiqués au Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1906 par Deutschländer, Braun (de Göttingen) et Wendel (de Marburg).

Quelques-uns de ces cas, comme celui de Wendel, ont la précision d'une expérience :

Un serviteur du laboratoire de Behring se blesse avec un instrument

portant des toxines tétaniques : on nettoie aussitôt la blessure et on pratique une injection de sérum antitoxique. Au bout de trois jours, explosion du tétanos, qui guérit par les injections de sérum antitétanique.

Nathan Jacobson, de Syracuse University, et Herbert D. Pease, directeur du laboratoire d'antitoxine de New-York State Department of Health, viennent de publier dans les *Annales of Surgery*, 1906, t. XLIV, p. 331, six nouveaux cas dus à Ochsner (de Chicago), à Léonard Freemann (de Denver), à James Tyson (de Philadelphie), à J.-H. Brawan (d'Albany), à L.-L. Mc Arthur (de Chicago), à James Bell (de Montréal), où l'invasion du tétanos ne put être empêchée par l'injection préventive du sérum antitétanique.

Or, de ces six derniers cas, un seul, celui de James Bell, s'est terminé par la mort : le relevé complet de tous les cas où le sérum antitoxique, employé en injection préventive, n'a pu empêcher le développement du tétanos porte en tout sur 35 cas; et ceux-ci nous donnent, comme résultat final de ces observations, 16 morts et 19 guérisons, c'est-à-dire une proportion de guérisons infiniment supérieure à celle que l'on observe dans la majorité des cas de tétanos développés en l'absence d'injection préventive. Même sous l'influence du traitement par le sérum antitoxique, le tétanos donne une proportion de mortalité bien plus élevée (Behring, 26 guérisons sur 61 cas; Roux, 9 guérisons sur 27 cas). Quoiqu'il faille se tenir en garde contre les résultats fournis par l'assemblage de faits fort disparates, surtout sur des traitements faits avec des sérums très différents, ceux de Behring, de Pasteur, du laboratoire de Berne, de Tizzoni-Cattani, il nous paraît certain que l'injection préventive, si elle n'est pas une garantie formelle contre le développement du tétanos, est une cause d'atténuation et de diminution de la gravité de cette complication.

Il y aurait bien des points à relever dans ces observations, si les faits étaient suffisamment développés, pour faire ressortir les deux conditions essentielles du traitement préventif par l'antitoxine : M. Delbet en a très bien mis en lumière quelques-uns: tout d'abord le retard notable que paraît subir l'apparition du tétanos et la longue durée de son incubation, quand le sérum a été employé préventivement; la date de quatorze jours à partir de l'injection préventive se retrouve dans l'observation de Pochhammer comme dans celles citées par M. Delbet : l'incubation est parfois beaucoup plus prolongée, par exemple dans l'observation de Suter. Cette durée de l'incubation, jointe à ce que nous savons de la durée relativement courte de l'immunité que confère l'injection d'antitoxine chez les animaux, doit engager à répéter

l'injection préventive au bout de quelques jours, puis au bout d'une quinzaine ou de trois semaines pour agir sur les toxines que peuvent développer encore les bacilles qui ont été épargnés par la phagocytose; c'est dans la persistance de l'élément infectieux après le temps pendant lequel peut agir l'antitoxine qu'il faut, pensons-nous, chercher la cause de ces insuccès tardifs.

Les rares insuccès dans lesquels le développement du tétanos a suivi de près l'injection préventive ne sont-ils pas dus à l'époque trop tardive à laquelle on avait pratiqué l'injection, que très souvent j'ai remise moi-même à plus de vingt-quatre heures après l'accident?

Je pense que dans les cas surtout où le risque d'accidents tétaniques paraît imminent, dans les cas véritables de plaies souillées par la terre, le fumier, les excréments d'animaux ou par des instruments vulnérants qui ont pu être contaminés par ces matières, l'injection préventive devrait être précoce, être faite aussitôt que possible après l'accident, et que l'injection devrait être réitérée du troisième au cinquième jour, et recommencée à la fin de la troisième semaine.

Sans aller jusqu'à dire, avec notre collègue et ami, M. Landouzy, que « le tétanos est une des maladies contre lesquelles nous garantit absolument la sérothérapie et que la sérothérapie du tétanos est une chose faite », je crois que nous possédons dans l'action de l'injection préventive du sérum antitétanique, pratiquée suffisamment tôt et suffisamment répétée, un moyen de préservation très sûr, sinon constant, contre l'éclosion des accidents tétaniques, et désormais, moins encore que par le passé, je n'hésiterai pas à en recommander l'emploi toutes les fois que les conditions de la blessure me permettront de prévoir la possibilité de cette complication.

Rapports.

Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux. Ablation de ces ganglions et appendicectomie. Intégrité de l'appendice. Guérison, par M. le Dr MASSOULARD, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu, de Troyes.

Rapport de M. A. DEMOULIN.

J'ai déposé sur le bureau de la Société, au début de la séance du 4 juillet 1906, l'observation dont je viens de lire le titre, et qui nous a été adressée par M. le Dr Massoulard, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu, de Troyes.

Vous avez bien voulu, mes chers collègues, me charger d'un rapport sur ce cas intéressant; je m'excuse de ne l'avoir pas

rédigé plus tôt; j'attendais pour le faire, que les hasards de la clinique ou la littérature médicale, me fournissent des observations analogues à celle de notre confrère, afin de vous présenter une étude d'ensemble, sur la tuberculose des ganglions péri-cæcaux et iléo-cæcaux; j'entends de la tuberculose isolée ou paraissant telle de ces ganglions, sans lésions macroscopiques appréciables, lors de l'intervention chirurgicale, du segment iléo-cæcal de l'intestin; sans lésions microscopiques de l'appendice, ou parfois, avec des lésions de folliculite banale, sans trace aucune de tuberculose. Je n'ai pas eu la bonne fortune d'observer des cas analogues à celui de notre confrère, et je n'ai trouvé, dans les travaux récents, que quelques faits qui se rapprochent, sensiblement, de l'observation que j'ai à commenter devant vous. La présentation faite par notre excellent collègue Michaux, dans la séance du 10 avril dernier (Tuberculose ganglionnaire volumineuse de l'angle iléo-cæcal. Extirpation. Résection du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle sans lésion apparente...), me paraissant avoir les plus grandes analogies avec le fait que nous a communiqué le Dr Massoulard, je me décide à faire, aujourd'hui, le rapport dont j'ai été chargé.

Voici l'observation de M. le Dr Massoulard.

Mme X..., trente-huit ans, sans profession, ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral notable. Son père est mort à soixante-dix ans, d'hémorragie cérébrale; sa mère, actuellement vivante, jouit d'une excellente santé. Elle a deux sœurs et un frère très bien portants.

Dans sa première enfance, elle eut une rougeole bénigne. La menstruation s'établit à treize ans et, depuis, fut toujours régulière. Mariée à trente-trois ans, elle accoucha au bout de quatorze mois de mariage, après une grossesse tout à fait normale, d'une fille de santé parfaite. Jamais elle n'a présenté de constipation, de diarrhée, ni de troubles digestifs d'aucune sorte.

1° En juillet 1904, en pleine santé, elle est prise, brusquement, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Pendant quatre jours, elle continue à souffrir. Le contact d'un léger drap de lit lui semble intolérable. Cependant, elle n'a ni fièvre, ni vomissements; un peu de constipation seulement. On la met à la diète, on lui applique de larges cataplasmes et la guérison survient rapidement. Un mois après cette première crise, elle est suffisamment rétablie pour aller consulter, à Paris, un médecin qui lui dit qu'elle vient d'avoir de l'appendicite aiguë, et qui lui trouve, dans la fosse iliaque droite, des « noyaux péri-appendiculaires ». Le même médecin revoit la malade au bout de trois semaines, après une purgation, et constate les mêmes noyaux.

Bien que la santé fût redevenue excellente, la fosse iliaque droite restait sensible à la pression;

2° En novembre 1905, survient une nouvelle crise, aussi subite que la première, mais plus intense. Les douleurs restent violentes pendant six jours. Il n'y a encore ni fièvre, ni vomissements; mais la cons-

tipation est plus absolue et plus tenace. Un traitement purement médical, amène la guérison et la malade commence à quitter le lit au quinzième jour. Cependant, le retour à la santé ne se produit pas comme après la première crise. La malade reste sans force, sans appétit ; elle maigrit ; elle est constipée et use, presque en permanence, de laxatifs variés. A la fin de décembre, elle remarque dans ses selles, quelques caillots de sang pendant trois jours consécutifs. Il n'y a jamais eu ni glaires, ni fausses membranes.

3° Le 6 janvier 1906, nouvelle crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, mais, cette fois, très légère et qui dure seulement quarante-huit heures. Néanmoins, comme l'état général reste précaire, qu'il persiste de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, la malade entre à notre clinique, le 13 février 1906.

Malgré l'amaigrissement des derniers mois, l'aspect général est celui d'une femme robuste, bien constituée, d'embonpoint moyen. L'abdomen est facile à explorer. Il est douloureux autour du point de Mac Burney, sur un espace grand comme la paume de la main environ. A 2 centimètres au-dessus de ce point, on sent un petit noyau du volume et de la forme d'une noisette, dur et mobile. Le maximum de la douleur provoquée, correspond exactement à ce petit noyau et non au point de Mac Burney lui-même. En dedans de ce noyau, on perçoit, assez vaguement, une masse plus profonde, à limites imprécises, qui paraît mobile et ne présente pas de maximum douloureux. La malade est habituellement constipée. L'examen le plus minutieux ne révèle aucun autre trouble. Rien, notamment, dans la sphère génitale, ni du côté de l'appareil respiratoire.

Nous supposons que nous sommes en présence de reliquats d'appen dicite. Comme la dernière crise — celle du 6 janvier — a été tout à fait bénigne et remonte à six semaines, nous décidons d'intervenir.

L'opération a lieu le 15 février. Par l'incision de Jalaguier, la terminaison de l'iléon, l'appendice, le cæcum et le commencement du côlon sont facilement attirés hors du ventre. La portion du tractus intestinal que nous avons sous les yeux, paraît saine, aussi bien à la palpation qu'à la vue. *Au devant de la bandelette antérieure du cæcum, existe un ganglion du volume d'une petite noisette*, dur, presque libre, appendu seulement à une bride péritonéale. *Dans l'angle iléo-cæcal, se trouve une masse grosse comme un œuf de poule, formée par un amas de ganglions pressés les uns contre les autres, et recouverts d'un péritoine chroniquement enflammé.* La masse s'est portée, spontanément, en avant du plan du mésentère, tend à s'énucléer, en quelque sorte, et n'est rattachée au mésentère, que par cinq à six pédicules péritonéaux. Chacun de ces pédicules est sectionné au thermocautère entre deux pinces, le plus loin possible de la masse ganglionnaire, et la pince qui reste en place, après ablation de la masse, est remplacée par une ligature au catgut. Le petit ganglion précæcal est traité de même façon. L'appendice ne présente pas de lésion appréciable. Néanmoins, il est réséqué à sa base et son moignon, cautérisé, est enfoui dans un repli cæcal. La paroi est refermée sans drainage.

Les suites opératoires furent remarquablement simples, et la malade quitta la clinique au bout de vingt jours.

Les pièces enlevées ont fait l'objet d'un examen minutieux. Des ganglions enlevés, les uns étaient seulement hypertrophiés et durs, les autres caséeux. L'examen histologique, pratiqué par notre ami le Dr Job (de

Lille), et une inoculation positive au cobaye, ont mis hors de doute la nature tuberculeuse des lésions. Quant à l'appendice, il paraissait sain macroscopiquement; néanmoins, des coupes ont été pratiquées sur toute sa hauteur. Elles ont montré l'intégrité de l'organe, dans toutes ses couches, notamment la muqueuse et les follicules clos étaient normaux.

La malade a été revue quatre mois après l'opération; à cette époque, la guérison locale se maintenait complète ; dans la fosse iliaque droite, il n'y avait plus ni empâtement, ni douleur, mais la malade avait un peu maigri. Une saison à la mer a suffi pour remonter l'état général.

M. le Dr Massoulard m'a donné des nouvelles récentes de son opérée, le 19 avril dernier, soit quatorze mois après l'intervention; il signale, à nouveau, le maintien de la guérison locale, et ajoute : « Cependant, depuis quelques mois, l'état général est moins bon, mais il n'existe en aucun point de l'organisme, une lésion tuberculeuse cliniquement appréciable. »

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, qui a le mérite d'être complète, c'est qu'elle nous montre, qu'une adénite péri-cæcale tuberculeuse, peut donner lieu à des signes nets d'appendicite, sans que le vermis cæcal soit atteint, même d'une folliculite banale, et que l'extirpation des ganglions tuberculeux peut amener une guérison durable.

La question des adénites péri-cæcales a été assez longuement étudiée ici, en 1900, et au regretté Gérard-Marchant revient l'honneur d'avoir appelé l'attention sur ce sujet. Il rapportait à cette époque, trois observations très résumées, il est vrai, mais où l'on peut voir nettement que, croyant avoir affaire à une appendicite, il se trouva en présence d'un appendice macroscopiquement sain, tandis qu'il devait agir sur des ganglions péri-cæcaux, ayant l'apparence de ganglions tuberculeux.

Or, dans l'une de ces observations, que je rapporte succinctement, l'appendice, de même que dans le cas du Dr Massoulard, ne présentait pas de lésions microscopiques.

Observation de Gérard-Marchant (*Soc. de Chirur.*, 24 janvier 1900, reproduite dans une clinique du Prof. Dieulafoy, *Semaine médicale*, 8 octobre 1902).

Il s'agit d'une jeune Cubaine, d'hérédité tuberculeuse, affaiblie, amaigrie (l'âge n'est pas indiqué), qui avait eu, à plusieurs reprises, des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements et de diarrhée; le diagnostic d'appendicite avait été porté, mais, la présence dans la fosse iliaque, d'une tumeur du volume d'une noix, dure, mobile, très douloureuse, avait fait penser à une tuberculose chronique du cæcum.

Opération, par G. Marchant. — On trouva sur le cæcum, près de son bord interne, à la fin de l'iléon, deux masses ganglionnaires juxtaposées. Un de ces ganglions présentait, à sa surface, un point jaunâtre. Pas d'adhérences; l'énucléation des ganglions fut facile. Bien que l'appendice parût sain, il fut réséqué.

Appendice et ganglions ont été examinés au laboratoire du Professeur Dieulafoy; l'appendice paraissait sain, les ganglions étaient caséeux.

Opération suivie d'une amélioration rapide; un an plus tard, on recevait d'excellentes nouvelles de la santé de la jeune Cubaine.

Voilà donc deux observations qui montrent bien, qu'en l'absence de toute lésion macroscopique et microscopique de l'appendice, les sujets ont présenté des signes évidents d'appendicite; que des ganglions péri-cæcaux tuberculeux seuls, ayant été rencontrés, il semble logique d'attribuer à leur présence, les symptômes appendiculaires observés avant l'intervention.

Je crois devoir rapprocher de cette première catégorie de faits, d'autres observations où l'on voit que, bien que l'appendice présentât des signes d'une inflammation banale, les ganglions qui l'entouraient étaient cependant tuberculeux.

Voici, à ce point de vue, un cas fort intéressant (résumé) de M. Siredey, médecin de Saint-Antoine (*Th.* L.-H. Petit, Paris 1905, sur *l'Appendicite tuberculeuse*) :

Jeune fille de quatorze ans, de belle apparence et de bonne santé habituelle, mais issue d'un père tuberculeux, souffrant fréquemment, de coliques dans la fosse iliaque droite, et chez laquelle M. Jalaguier confirma le diagnostic d'appendicite chronique. Opération : à l'ouverture de l'abdomen, s'écoule un peu de liquide citrin, puis on constate un épaississement manifeste de l'épiploon; on voyait à la surface de la séreuse, de petites granulations miliaires irrégulièrement disséminées.

L'appendice, gros et long, était très vascularisé et entouré de lobules de graisse. Sa surface, légèrement bosselée, laissait voir de petits points ecchymotiques, en même temps que sa muqueuse épaissie, bourgeonnante, en certains points, présentait de très petites érosions. Il fut enlevé sans difficulté. Un ganglion du volume d'une noisette, situé dans le méso, fut enlevé également. On distinguait à sa surface de petites granulations jaunes très caractéristiques.

Le microscope révéla, au niveau de l'appendice, des lésions banales d'appendicite chronique, tandis que sur les coupes du ganglion, on reconnaissait plusieurs follicules tuberculeux très nets.

A la suite de l'opération, il est resté un peu d'empâtement dans la fosse iliaque, et l'état général, après avoir laissé à désirer assez longtemps, est redevenu satisfaisant.

Voici un autre fait d'appendicite banale, accompagné d'adénite péri-cæcale tuberculeuse; il est dû à G. Marchant (Soc. Chir. 1900).

Jeune fille (l'âge n'est pas indiqué), ayant une sœur coxalgique et un frère atteint de tuberculose pulmonaire. Cette jeune fille, après avoir souffert, tous les deux ou trois mois, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, présente deux grandes crises d'appendicite, l'une en juillet, l'autre en novembre 1899. A la suite de cette dernière crise, tuméfaction bien nette dans la région cæcale; opération le 14 no-

vembre. L'appendice paraît sain, mais sur le cæcum, en pleine face antérieure, se rapprochant de son bord externe, se trouvait un gros ganglion suppuré, et ayant contracté avec la paroi, des adhérences telles, que le chirurgien, ne pouvant en faire l'extirpation, dut se borner à l'ouvrir, le gratter, le thermo-cautériser et à isoler le foyer septique, par la suture du cæcum à la lèvre interne du péritoine.

L'examen microscopique de l'appendice enlevé au cours de l'opération, fut pratiqué par le Dr Blanc, qui a conclu « à une appendicite pariétale, sans trace aucune de lésions tuberculeuses ».

L'opérée s'est complètement rétablie.

De ces deux faits, que résulte-t-il? C'est que les signes d'appendicite trouvent leur explication dans les lésions du vermis, mais aussi, que ces lésions non tuberculeuses, ne s'en accompagnent pas moins de ganglions tuberculeux, d'adénite péri-cæcale tuberculeuse.

Il existe donc des adénites tuberculeuses péri-cæcales, sans lésions microscopiques de l'appendice, ou avec lésion de folliculite banale de cet appendice, et nous arrivons ainsi, insensiblement, aux cas d'adénites tuberculeuses, reconnaissant pour cause une lésion de même nature de l'appendice, mais si discrète qu'elle est douteuse ou même difficilement reconnaissable. C'est ce que montre l'observation de Mauclaire (*in Th.* Petit), dans laquelle est notée la présence de deux gros ganglions (noisette) dans le méso-appendice, ganglions reconnus tuberculeux au microscope, tandis que sur la majorité des coupes de l'appendice, on ne trouve que des lésions banales de folliculite, et que sur d'autres « on constate l'existence d'une formation qui semble pouvoir être rapportée à un tubercule en voie de calcification ».

Dans une observation de Lecène (*in Th.* Petit), on voit qu'il y a trois ganglions dans le méso-appendice; le microscope révèle leur nature tuberculeuse; dans l'appendice, où se montrent des lésions de folliculite diffuse, on trouve seulement un follicule sous-muqueux tuberculeux, avec cellules géantes et épithélioïdes.

Ici encore, les deux malades ont guéri rapidement.

L. H. Petit, dans son excellente thèse, a d'ailleurs bien résumé tous ces faits.

« Il y a, dit-il, des cas où les ganglions peuvent être pris sans que l'appendice semble être tuberculeux. Cliniquement, le sujet se présente avec tous les symptômes d'une appendicite. On opère et on trouve un appendice peu ou pas malade, mais avec des ganglions énormes, indurés, caséifiés ou même déjà ramollis et d'aspect tuberculeux. Le microscope ne nous montre que des lésions de folliculite banale au niveau de l'appendice; quelquefois on y découvre, difficilement, un petit follicule tuberculeux. En tout cas les lésions y sont fort discrètes, tandis qu'elles atteignent leur

maximum au niveau des ganglions où l'on trouve des follicules, des cellules géantes et même des bacilles.

« On peut admettre qu'il y a des adénopathies qui deviennent la lésion principale, tandis que la lésion appendiculaire qui en est l'origine, s'est immobilisée dans son évolution. »

Cette conclusion du Dr Petit, est précisément celle à laquelle je suis arrivé.

Je me suis surtout occupé, ici, comme me l'imposait le titre de l'observation du Dr Massoulard, des rapports des adénites tuberculeuses péri-cæcales avec l'appendicite; mais, pourquoi vouloir toujours mettre l'appendice en cause, dans les tuberculoses ganglionnaires péri-cæcales? Sans doute, parce que les malades chez lesquels on trouve ces ganglions tuberculeux, ont présenté des signes nets d'appendicite. Mais est-ce qu'un ganglion tuberculeux, presque toujours atteint d'inflammation banale en même temps, ne peut pas donner lieu à des signes de réaction péritonéale constituant le syndrome appendiculaire?

Dans les cas, rares il est vrai, où l'appendice est tout à fait sain (cas du Dr Massoulard, de G. Marchant), il est impossible d'admettre qu'il soit la cause des accidents. Pourquoi ne pas incriminer le cæcum lui-même, quand on se trouve en présence d'une adénite tuberculeuse péri-cæcale? Si la masse ganglionnaire iléo-cæcale, est l'aboutissant des lymphatiques de l'appendice et du cæcum, il y a des relais ganglionnaires entre cet aboutissant et l'origine des lymphatiques dans le cæcum et l'appendice; ce sont : pour les lymphatiques de ce dernier, les ganglions du méso-appendice; ce sont, pour les vaisseaux blancs de la face postérieure du cæcum, trois à six petits ganglions satellites de l'artère cæcale postérieure; pour les lymphatiques de sa face antérieure, deux ou trois petits ganglions, placés sur le trajet de l'artère cæcale antérieure. Nous avons vu ces derniers souvent pris, dans les cas que nous avons rapportés, et pourquoi, si l'appendice est absolument sain, même microscopiquement, ne pas admettre que le cæcum seul est en cause? Parce qu'il y a eu des symptômes appendiculaires? Cela n'est pas suffisant pour éliminer le cæcum. M. Quénu ne rappelait-il pas ici, en 1900, qu'il y avait des para-appendicites qui donnaient lieu, exactement, aux mêmes symptômes que les appendicites?

Si je n'ai pas parlé du diagnostic des adénites péri-cæcales tuberculeuses, c'est que, jusqu'ici, il ne me paraît pas avoir été fait, même pour adénites tuberculeuses péri-cæcales et iléo-cæcales, telles que celles qui accompagnent la tuberculose du segment iléo-cæcal. On a dit alors, le plus souvent, tuberculose à forme hyper-

trophique, et l'opération seule, a révélé, dans quelques cas, que la masse principale était formée par des ganglions.

Quant au pronostic des adénites tuberculeuses péri-cæcales, il semble favorable; tous les malades opérés ont guéri, et je rappellerai, à ce sujet, une observation de Routier (*Soc. Chir.*, 5 juillet 1905) où, chez un homme de trente-neuf ans dont l'appendice était gros, rouge, adhérent, chez lequel la valvule iléo-cæcale paraissait épaissie, la lésion principale était constituée par de volumineux ganglions, gros comme des amandes vertes, remontant jusqu'aux insertions du mésentère. Trois de ces ganglions furent enlevés avec l'appendice, et des inoculations positives, montrèrent qu'ils étaient tuberculeux. Le malade a parfaitement guéri. Il semble donc bien qu'ici l'ablation de l'appendice et des ganglions, ait eu une influence favorable sur les lésions cæcales.

L'extirpation des ganglions tuberculeux péri-cæcaux n'est pas toujours possible, et il faut alors réséquer le segment iléo-cæcal; c'est ce que prouve le fait de Michaux, auquel je faisais allusion au début de ce rapport, mais dont je n'ai pas voulu parler ici, puisqu'il est encore à l'étude.

M. le Dr Massoulard, en me donnant récemment des nouvelles de son opérée, terminait sa lettre par les considérations que voici :

« Mon cas me paraît relever de la pathogénie suivante : pénétration du bacille de Koch dans le système lymphatique, par effraction de la muqueuse intestinale peu ou point lésée, arrêt pendant un temps variable, dans les premiers relais ganglionnaires rencontrés, parce que le sujet se défend et que l'inoculation a été qualitativement ou quantitativement, peu intense. »

Cette opinion, très rationnelle, me paraît être la vraie.

Il n'est, en effet, pas besoin, même d'une ulcération de la muqueuse du segment iléo-cæcal de l'intestin, pour expliquer l'envahissement des lymphatiques par le bacille de Koch, puisque Dobroklonsky a démontré, dans un travail paru dans les *Archives expérimentales de médecine* pour 1890, que les bacilles tuberculeux, peuvent traverser une paroi intestinale saine.

D'ailleurs « l'histoire des adénopathies scrofulo-tuberculeuses, cervicales et médiastinales, nous fournit des exemples semblables, ainsi que certaines végétations adénoïdes, certaines lésions amygdaliennes, étudiées par le professeur Dieulafoy, sous le nom de tuberculose larvée des amygdales. Il y aurait dans les cas qui nous occupent, *tuberculose larvée de l'appendice.* » (L. H. Petit, *loc. cit.*)

Messieurs, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. le Dr Massoulard, et de publier son intéressante observation dans nos Bulletins.

Perforation typhique. Laparotomie. Guérison,
par M. le Dr Louis Billon (de Marseille).

Rapport de M. E. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une intéressante observation qui vous a été adressée par le Dr Billon (de Marseille).

Il s'agit d'une perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde qui fut opérée et guérie par notre confrère. Ceci est déjà bien; mais les observations de ce genre, sans courir toutefois les salles d'opération, sont à l'heure actuelle assez nombreuses; les cas sont plus rares dans lesquels la perforation se fait, le malade étant sur pied, vaquant à ses affaires, comme cela s'est présenté à M. Billon.

Il s'agissait, en effet, d'une *fièvre typhoïde ambulatoire*, maladie dans laquelle les lésions intestinales sont profondes puisqu'elles peuvent aboutir à la perforation, mais n'ont pas un retentissement suffisant pour aliter le patient, et dans ces conditions on comprend combien le diagnostic peut être hésitant entre une appendicite avec perforation et une ulcération d'une plaque de Peyer aboutissant à l'ouverture de l'intestin. Douleur brusque dans le côté droit, vomissements, défense de la paroi, hypothermie, sont des caractères connus qui peuvent faire penser à une appendicite; c'est ce qui arriva à M. Billon, dont voici du reste l'observation :

Le 9 février dernier, à 1 heure et demie après-midi, je suis appelé auprès d'un malade qui « souffrait atrocement du ventre et qui vomissait vert ». J'accourus aussitôt, et je vis le malade pour la première fois à 2 heures environ. On me raconta qu'il avait dû cesser son travail la veille au soir, se sentant un peu fatigué. Dans la matinée il s'était levé, mais avait eu froid tout le temps jusqu'à l'heure du déjeuner. Au moment de commencer son repas, exactement à midi un quart, il avait ressenti dans le côté droit du ventre comme un coup de revolver. La douleur fut excessivement vive; il se mit à claquer des dents; une sueur froide l'envahit tout entier et on n'arriva pas à le réchauffer. On le porta dans son lit et il commença à vomir. Au deuxième vomissement, les matières commencèrent à devenir vertes; c'est alors qu'on me téléphona de venir.

Lorsque j'arrivai, la première crise était un peu moins aiguë. Je trouvai un homme âgé de quarante-cinq ans, mécanicien aux Messageries maritimes. Son facies était pâle, tiré, ses yeux brillants, déjà enfoncés dans leur orbite, son nez pincé, son visage baigné de sueurs. Il avait froid et tremblait. Son pouls était à 110; sa température à 36°6. Au moment où je commençais l'examen, il fut pris de violents efforts pour vomir qui exaspérèrent sa douleur déjà très vive.

La douleur siégeait exactement au point de Mac Burney; le moindre effleurement à ce niveau était très pénible.

A l'inspection, on ne ramarquait qu'une violente contraction des droits qui se dessinaient parfaitement sous la peau. C'est à peine si, à droite, le muscle était plus contracturé qu'à gauche.

La percussion ne montrait rien à noter spécialement.

En face de ces symptômes, devant l'absence d'antécédents, je fis le diagnostic d'appendicite probablement perforante, et j'ordonnai glace à l'extérieur, morphine en injection, opium en pilule.

Je revins vers 5 heures. L'état du malade, manifestement, empirait. Un vomissement porracé était survenu peu avant mon arrivée. Le pouls montait à 120. La respiration devenait courte et pénible. Localement, la douleur était plus diffuse; à l'inspection, le côté droit de l'abdomen était plus saillant que le gauche. La percussion donnait une sonorité absolue de tout l'abdomen.

L'intervention fut décidée de suite, et, malgré son état, le malade fut porté à ma clinique où, à 7 heures un quart, je commençais à l'opérer, exactement sept heures après le début des accidents. Sur la table d'opération, il eut un vomissement fécaloïde.

Incision de Jalaguier; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux louche avec, en suspension, quelques flocons fibrineux. L'intestin qui se présenta à la plaie était de couleur normale; à son toucher, on avait une impression sirupeuse. J'allai à la recherche de l'appendice, il surgit absolument sain. J'agrandis alors la plaie et j'explorai le cæcum et l'iléon. A 2 centimètres de leur abouchement, sur l'iléon, je vis une perforation par où s'écoulaient des matières stercorales. Cette perforation, de dimension d'une grosse lentille, semblait avoir été faite à l'emporte-pièce; ses bords étaient épais, nets; elle se trouvait au centre d'une zone très congestionnée de consistance presque cartilagineuse. Cette zone avait la dimension d'une pièce de 5 francs. Un peu en amont se trouvait une autre plaque plus petite, non perforée. Dans l'angle iléo-cæcal inférieur je trouvai un ganglion gros comme une noix. Une courte exploration ne me montra rien autre.

Sans m'attarder, je pris le parti de suturer la perforation. Malheureusement la zone de congestion était si friable que plusieurs fois je dus refaire un point de suture, la soie coupant le tissu. Le ganglion me parut trop adhérent pour qu'il me fût possible de l'enlever sans danger.

Avec des compresses sèches, j'essuyai légèrement les anses intestinales et je fis rentrer l'intestin. Je le fis de telle sorte que la perforation et la zone congestionnée non perforée soient en contact direct avec la paroi abdominale antérieure. Drain pénétré gros comme le pouce, plongeant dans le bassin; quelques points de suture pour diminuer la longueur de la plaie. Pansement iodoformé. Ce pansement fut fait assez légèrement pour qu'il fût possible de tenir de la glace sur le ventre du malade.

L'anesthésie eut lieu au chloroforme.

Durée de l'opération : vingt minutes.

Pouls avant l'opération : 130, faible, intermittent.

Pouls après : 125, faible.

Injection d'huile camphrée.

Le lendemain matin, à 6 heures, pouls, 100; température, 39°5. Pas de vomissement.

A 10 heures, pouls, 92; température, 39 degrés. Je refais le pansement inondé de sérosité. Je laisse le drain et sa mèche. Injection de morphine. Glace.

A 6 heures du soir, pouls, 90; température, 38°5. Malgré l'opium, il y a eu une selle. Injection de morphine.

Le surlendemain, pouls, 88 matin et soir; la température oscille entre 37°9 et 38°2. Trois injections de morphine. Sérum artificiel, un demi-litre.

Le troisième jour, quelques irrégularités cardiaques. Huile camphrée, caféine, morphine, sérum, un demi-litre. Pouls, 84; température, 37°5.

Le quatrième jour, le malade endormi se lève pour uriner durant la nuit. Quand je vins le panser, une odeur fécaloïde se manifesta pour la première fois. Lavage à l'eau oxygénée. Pansement. Je supprime glace et opium. Sérum, un demi-litre.

Le cinquième jour, il est évident qu'une fistule stercorale s'est établie; on trouve dans le pansement un peu de lait caillé. Beaucoup de bile. Température, 37°8. Pouls, 84. Lavage à l'eau oxygénée. Je retire le drain. Pansement à l'Ektogan.

La fistule dure cinq jours, puis s'établit une suppuration qui se tarit rapidement grâce à de grands lavages de plusieurs litres à l'eau oxygénée faible.

La plaie se referme.

Comme je l'ai dit au début, le diagnostic était presque impossible à faire. Le point important, du reste, n'était pas de savoir à quelle cause était due la perforation, mais bien de faire le diagnostic de *péritonite par perforation* qui commande l'intervention immédiate, et ici il n'y avait pas à hésiter sur l'endroit où devait porter l'incision, puisque la douleur avait débuté et siégeait à droite.

M. Billon a du reste voulu confirmer le diagnostic de typhus ambulatoire qu'il avait fait une fois les pièces en mains. Il soumit son malade au *séro-diagnostic* qui fut absolument affirmatif, et, comme il le fait remarquer, si cette terrible complication, signalée du reste dans la fièvre typhoïde ambulatoire, n'avait pas eu lieu, cet homme, qui avait continué à travailler, aurait pu porter sa maladie sur pied sans se douter qu'il fût atteint de dothiénentérie.

On se demande pourquoi M. Billon, devant la gravité des symptômes, n'a pas de suite pris le bistouri et a attendu au soir pour

intervenir; il répond lui-même qu'il n'avait fait d'abord que le diagnostic probable de péritonite par perforation qu'il a voulu confirmer en revoyant son malade; il a du reste opéré sept heures après le début des accidents et a obtenu une belle guérison; c'est pourquoi je vous propose de lui adresser des remerciements et d'insérer avec mon rapport, son observation dans nos Bulletins.

Plaies de l'estomac et de l'intestin grêle par balle de revolver. Déchirure mésentérique. Pneumothorax et fracture de côte. Guérison, par M. le Dr MALARTIC (de Toulon).

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, M. Malartic (de Toulon) vous a adressé un bel exemple de ce que peut obtenir la chirurgie quand elle est opportunément et judicieusement faite. Il a en effet guéri une femme qui avait une vaste plaie de l'estomac, une déchirure d'une grosse artère mésentérique, quatre perforations de l'intestin grêle, un hémopneumothorax qui a suppuré, une fracture de côte, et tout cela causé par la balle blindée d'un revolver de gros calibre.

Voici du reste en détail cette curieuse observation :

Le 16 novembre 1906, je suis appelé par le Dr Pellissier auprès de Mme H..., vingt-huit ans, qui a reçu trois heures avant une balle de revolver de fort calibre (balle blindée) dans le creux épigastrique, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, à 2 centimètres à gauche de la ligne médiane.

A mon arrivée, la malade est exsangue, avec un pouls à 160. Le ventre est tendu et douloureux, mat dans certaines régions. La balle est ressortie en arrière, au niveau de la 9e côte gauche, en la fracturant à 4 centimètres de la ligne médiane. Il existe un pneumothorax gauche total. La malade a vomi deux fois après ingestion de café, qu'on lui a donné à profusion avant l'arrivée du médecin.

Le Dr Pellissier a fait le diagnostic de plaie de l'estomac. Nous décidons d'opérer immédiatement et je m'oppose à tout transfert dans une maison de santé, estimant qu'en pareil cas il faut se résoudre à opérer sur place.

Opération quatre heures après l'accident, avec le concours des Drs Pellissier, Esclangon et Lascols. Au moment de l'opération, la malade s'est encore affaiblie. Le pouls est incomptable. On ne donne que très peu de chloroforme et l'on fait du sérum pendant toute la durée de l'opération.

Incision verticale à 2 centimètres à gauche de la ligne médiane, commençant au-dessous de l'orifice d'entrée. A l'ouverture du péritoine, flot de sang. On se débarrasse rapidement des caillots et du sang

épanché et l'on saisit l'estomac qui porte une déchirure à sa face antérieure, déchirure qui laisse s'écouler dans le ventre le café si généreusement donné à la malade. On place des pinces sur la plaie stomacale, pour s'occuper de l'hémorragie qui continue et rend toute autre exploration impossible. L'hémorragie s'accentuant encore et l'état de la malade étant de plus en plus précaire, on pense à une plaie de la rate, et, sur la première incision verticale, on greffe rapidement une incision transversale suivant le rebord costal. La rate n'est pas en jeu. Mais le jour donné par la nouvelle incision permet d'étancher rapidement le sang et de découvrir le point qui saigne. L'hémorragie vient d'une déchirure mésentérique, à gauche de la colonne vertébrale, au niveau des premières anses intestinales.

On pince le vaisseau artériel qui donne et qui doit être une branche mésentérique importante et l'on suture la déchirure.

On trouve dans le voisinage quatre perforations de l'intestin grêle que l'on ferme par deux plans de sutures. Le reste de l'intestin examiné ne présente pas de lésions.

On s'occupe alors de l'estomac. La déchirure a environ 3 centimètres de long et présente manifestement l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie de la balle, presque contigus. Cette plaie est sur la face antérieure, s'arrêtant à 1 centimètre de la grande courbure et de la gastro-épiploïque. On la suture en deux plans.

Nettoyage du péritoine à la compresse, sans lavage. Suture de la paroi abdominale en étages pour l'incision transversale, en un seul plan pour l'incision verticale. Un drain est laissé à la partie inférieure de l'incision.

Les trois premiers jours, tout va bien. Température normale. Pas de vomissements. Alimentation au lait glacé. Le quatrième jour, diarrhée profuse et état très mauvais pendant quarante-huit heures. Sérum. Huile camphrée. Amélioration rapide. Les jours suivants, la malade va bien. Mais au quinzième jour, alors que la plaie abdominale est réunie par première intention, violent frisson. Température 39 degrés. Pouls 140. On ne note rien du côté de l'abdomen; mais l'auscultation donne toujours les signes d'un pneumothorax, avec en plus une certaine quantité de liquide. Le liquide retiré à la ponction est du sang d'odeur fétide. Le lendemain, les frissons, la fièvre et la rapidité du pouls persistent et l'on incise la plèvre au niveau du 8e espace intercostal. Un hématome de 1 litre 1/2 environ, en voie de suppuration, est évacué. Deux gros drains. Le soir même, l'état est très amélioré. A partir du lendemain, la malade n'a plus de fièvre. La suppuration pleurale se tarit rapidement, avec des lavages à l'eau oxygénée, et, au trentième jour, quinze jours après la pleurotomie, la cavité n'admet plus de drain. Le quarantième jour, la malade se lève, complètement guérie.

Tel est le beau succès obtenu par M. Malartic, qui a mené à bien une opération des plus compliquées.

Deux points intéressants sont à remarquer dans cette observation : d'abord la nécessité absolue de faire immédiatement l'hé-

mostase sans laquelle on ne peut absolument pas se rendre compte des lésions qui existent et qui est une question vitale chez un malade ayant déjà perdu par hémorragie une quantité considérable de sang. En l'espèce, M. Malartic se loue d'avoir fait tomber une incision transversale sur sa première plaie de laparotomie. Cette conduite opératoire donne en effet un jour considérable et elle était d'autant plus légitime que, le sang venant de l'hypocondre gauche, il devait penser à une plaie de la rate.

Le second point à remarquer est que la plaie d'entrée et la plaie de sortie de l'estomac étaient contiguës et n'en faisaient pour ainsi dire qu'une, quand on aurait pu s'attendre à voir l'estomac traversé de part en part. La malade était couchée au moment où elle reçut le coup de feu et la plaie siégeait sur la grande courbure, s'arrêtant à 1 centimètre de la gastro-épiploïque, dans une partie par conséquent où l'estomac présente sa convexité, et la balle aura atteint probablement tangentiellement cette convexité.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Malartic et d'insérer avec mon rapport son observation dans nos Bulletins.

Présentations de malades.

Résection orthopédique du coude gauche par interposition musculaire.

M. Bazy. — Je vous présente une jeune femme de vingt-trois ans à qui j'ai fait, il y a onze mois, une résection orthopédique du coude pour une ankylose à peu près complète du coude; je devrais dire pour une immobilisation mécanique à peu près absolue du coude.

Je lui ai réséqué l'extrémité inférieure de l'humérus, le crochet olécrano-coronoïdien et toute la cupule du radius déformée et élargie.

J'ai interposé un morceau du brachial antérieur, dont j'ai suturé l'extrémité au périoste du bord postérieur du cubitus.

La limitation des mouvements était due à ce que le crochet olécrano-coronoïdien formait un cercle presque complet : les cartilages étaient sains.

Comme la lésion qui avait donné lieu à cette ankylose datait de longtemps, vous comprenez que les muscles du bras étaient atrophiées : il a donc fallu refaire ces muscles et pour cela je me suis adressé à notre jeune confrère, le Dr Championnière, le

neveu de notre maître, M. Championnière, qui lui a refait en grande partie ces muscles grâce à cette méthode qu'il a spécialement étudiée dans sa thèse. Comme vous le voyez, les mouvements d'extension et de flexion sont aussi étendus que du côté sain.

Les extrémités osseuses, en particulier l'épitrochlée et l'épicondyle, paraissent reconstituées et même l'olécrane me paraît elle-même en partie reconstituée.

C'est un fait bien connu qu'Ollier a signalé depuis longtemps.

J'ajoute que, dans mon opération, j'ai été aidé par un élève de mon ami Nélaton, Huguier, qui a étudié si bien dans sa thèse les résections avec interposition musculaire.

L'incision fut celle de Farabeuf et les suites opératoires furent apyrétiques et aseptiques.

Présentation de deux sœurs jumelles atteintes de coxa-vara double, de nature rachitique.

M. Villemin. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux petites sœurs jumelles, âgées de quatre ans et demi et atteintes toutes deux de coxa vara rachitique double. Les deux radiographies ci-jointes montrent que dans ces quatre cas les cols fémoraux font un angle de 90 degrés environ avec les corps des fémurs. Ces deux enfants portent sur leur squelette des signes évidents de rachitisme, notamment aux côtes, aux poignets, aux fémurs et surtout aux tibias, qui ont des déformations fort accentuées. L'ensellure lombaire, le balancement modéré des hanches sont caractéristiques. L'une de ces enfants n'a marché qu'après deux ans, l'autre à seize mois. Il y a dans la famille un frère de six ans et une petite sœur de seize mois qui n'ont aucune trace de rachitisme.

Présentation de pièce.

Kyste hématique du sein.

M. Michaux. — Il y a une quinzaine de jours, M. le Dr Chiray m'envoyait dans mon service, avec le diagnostic de kyste du sein, une malade âgée de soixante-quatorze ans, fatiguée, portant dans le sein gauche une tumeur volumineuse, manifestement fluctuante, occupant toute la partie inférieure et interne d'une mamelle volumineuse.

Il n'y avait aucun caractère de tumeur maligne, aucune dureté, aucune adhérence à la peau ni aux parties profondes, aucun retentissement ganglionnaire dans l'aisselle.

Le mamelon était très légèrement rentré, mais il l'était autant du côté opposé. Le seul caractère spécial sur lequel je m'étais basé pour faire le diagnostic de kyste séro-hématique était une coloration un peu verdâtre de la peau qui m'avait fait penser à l'épanchement sanguin, et j'en avais attribué l'origine probable à une végétation épithéliomateuse qu'aucun caractère, aucun écoulement mamelonnaire, ne permettait de déceler.

Devant l'âge de la malade et la gravité de son état, je fis d'abord une ponction qui nous permit d'évacuer 1 litre environ de liquide chocolat manifestement hémorragique.

La malade en fut d'abord très soulagée, mais, au bout de quelques jours, la tumeur s'était reproduite, la malade souffrait de nouveau; je la fis inciser et drainer. On évacua, par cette incision, tout un fond de cuvette de caillots noirâtres dégénérés, d'odeur désagréable, qui confirmait mon diagnostic.

Cette odeur persistant malgré les lavages désinfectants, je me suis décidé, ce matin, à enlever le sein que je vous présente, et qui m'a paru présenter un certain intérêt, car, bien que ces faits soient bien connus, ils sont rares, et c'est pour ma part le premier que je rencontre.

Comme on le voit, cette poche s'est rétractée; elle est tapissée de bourgeons granuleux noirs ou rougeâtres qui forment comme une membrane continue granuleuse, teintée comme une vieille hématocèle vaginale ou utérine, mais plus fongueuse.

Le tissu mammaire au voisinage est blanc, de couleur et d'apparence normales; en résumé, il semble bien que la poche est tout entière tapissée d'épithélioma dendritique, comme dans les faits de ce genre qui ont été signalés.

Mais la pièce est curieuse et elle m'a paru mériter de vous être présentée. Je vous communiquerai, la prochaine fois, les résultats de l'examen histologique que j'ai fait pratiquer.

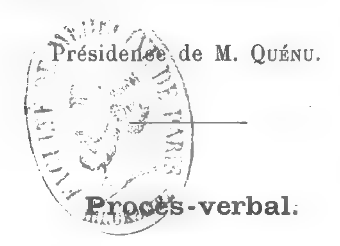
Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 MAI 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

1°. — Une note de M. TOUBERT (de Montpellier), membre correspondant, intitulée : *Abcès appendiculaires pelviens : ouverture par la voie rectale.* (Sera publiée.)

2°. — Une note de M. E. KUMMER (de Genève), membre correspondant de la Société : *A propos du traitement du tétanos.* (Sera publiée.)

3°. — M. TUFFIER présente une note de M. GUIBAL (de Béziers), intitulée : *Adénite tuberculeuse péricæcale sans lésions appréciables de l'intestin, survenue à la suite d'une appendicite.* — M. TUFFIER, rapporteur.

Discussion sur les abcès pelviens d'origine appendiculaire.

M. Toubert (*membre correspondant*). — A l'occasion de la discussion en cours sur le traitement des abcès appendiculaires pelviens par l'incision rectale, je viens apporter au débat l'observation suivante, qui ne paraît plaider en faveur de l'intervention dont M. Chaput s'est fait le promoteur devant cette Société en 1904 (séance du 15 juin).

Le 2 février 1907, entrait dans mon service de chirurgie de l'hôpital militaire de Montpellier le soldat F..., évacué du service de médecine par M. le médecin-chef Vedel, qui l'avait en traitement depuis le 22 janvier. L'affection avait débuté par un point douloureux de l'hypocondre droit, très subitement, avec vomissements et état syncopal et le diagnostic porté à ce moment fut celui de coliques hépatiques. L'abdomen tout entier était très douloureux et la palpation impossible, surtout entre la crête iliaque et les fausses-côtes du côté droit. On prescrivit la diète absolue et ultérieurement la glace sur l'abdomen, le diagnostic de colique appendiculaire ayant remplacé celui de colique hépatique. Le 1er février, appelé auprès du malade pour l'examiner au point de vue vésical, je constatai par l'exploration de l'urètre que des phénomènes récemment apparus de dysurie et de rétention d'urine étaient dus à une déformation du canal, dont la portion prostatique était déviée dans une direction telle que seule la sonde à béquille des prostatiques pouvait permettre d'entrer dans la vessie pour l'évacuer. En outre le toucher rectal me fit constater, à 7 ou 8 centimètres de l'orifice anal, une tuméfaction bombant en demi-sphère sur la paroi antérieure du rectum et répondant au cul-de-sac de Douglas. Les phénomènes locaux ne s'étant pas amendés, le 2 février, malgré l'emploi de suppositoires, lavements et bains de siège chauds, je me décidai, le 4, à intervenir, le malade souffrant atrocement.

J'avais le choix entre la voie périnéale et la voie rectale. Je ne songeai pas un instant à la voie abdominale, non seulement parce que comme en principe je préfère opérer l'appendicite à froid qu'à chaud je n'avais pas pour but la résection de l'appendice, mais simplement l'ouverture d'un abcès mais encore et surtout parce que, en l'absence d'un plastron iliaque ou hypogastrique, j'avais à craindre d'ouvrir la grande cavité péritonéale avant de tomber sur l'abcès pelvien. Je renonçai à la voie périnéale parce que, malgré le refoulement de la prostate en avant, révélé par l'exploration de l'urètre prostatique, je sentais, en combinant le cathétérisme de l'urètre au toucher rectal, que la tuméfaction tendait plutôt à bomber vers le rectum qu'à proéminer vers le périnée (le cul-de-sac de Douglas) peut, en effet, varier notablement de profondeur suivant les sujets, ainsi que l'ont établi les

recherches de Ludlow et de Gérard-Marchand à propos du prolapsus du rectum, et celle de Mauclaire à propos du drainage prérectal.)

L'opération par voie rectale fut idéalement simple. Après chloroformisation et dilatation du rectum, je pus facilement inciser en croix la paroi rectale antérieure bien exposée, évacuer l'abcès pelvien, qui contenait trois litres de pus de couleur chocolat, fétide et mêlé de grumeaux, et introduire trois gros drains accolés. A son réveil, le malade éprouva un bien-être inexprimable et il entra pour ainsi dire aussitôt en convalescence. Les drains furent supprimés au cinquième jour : il sortait du pus avec les matières fécales pendant deux semaines, puis tout symptôme pénible disparut. Le 19 mars, le malade quittait l'hôpital et promettait d'y revenir deux mois après, pour subir l'appendicectomie à froid. Je compte pratiquer cette opération très prochainement.

Je crois que l'opinion des divers chirurgiens sur la voie à suivre pour atteindre les abcès pelviens d'origine appendiculaire varie surtout, parce que les cas cliniques sont eux-mêmes variables. En présence d'un abcès surtout périvésical, la voie abdomino-hypogastrique sera suivie d'instinct par tous les chirurgiens. En présence d'un abcès évoluant vers le périnée (et cela peut se produire dans les cas où, d'après les recherches de Mauclaire, le cul-de-sac de Douglas est distant de 3 centimètres seulement du périnée) on sera amené à adopter la voie prérectale. En tout cas, il est hors de doute que la voie rectale est la plus facile et la plus sûre des voies dites inférieures, et qu'il y a intérêt à la vulgariser.

M. Antonin Poncet. — A propos du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire par l'incision rectale, je tiens à rappeler un travail important publié par MM. Bérard et Patel dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* en 1903 (1). Dans ce mémoire, qui marque une date dans l'historique de la question, ces auteurs ont envisagé, sous toutes ses faces, la discussion thérapeutique soulevée devant la Société de chirurgie. Ils se sont appuyés sur plusieurs observations personnelles ou empruntées à leurs maîtres, en y joignant des statistiques étrangères dont la plus importante est celle de Rotter, qui a pratiqué 15 fois avec succès l'incision rectale d'abcès pelviens appendiculaires. Sur un total de 44 observations, Bérard et Patel n'ont relevé que des succès; deux fois seulement, on a noté une hémorragie du reste peu abondante que le tamponnement arrêta facilement. Quant à l'infection secondaire de la poche, elle ne s'observe pas. Ce que l'on peut voir secondairement, c'est parfois de la rétention,

(1) Bérard et Patel. Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire, en particulier par l'incision rectale. *Revue de Gynécologie*, 1903, p. 868.

comme dans toute cavité purulente, mais il n'y a là rien de spécial à ce mode de traitement.

D'ailleurs, en allant ouvrir les abcès appendiculaires là où ils pointent, on ne fait que suivre la voie indiquée par la nature. Et il est certain que les collections qui spontanément s'ouvrent par le rectum guérissent fort bien et sans encombre. Mon expérience sur ce sujet est assez longue pour que je puisse être très affirmatif. En pareille occurence, j'ai toujours vu la guérison survenir aisément et de même j'ai vu les appendicites basses, ouvertes chirurgicalement par le rectum, rester définitivement guéries, sans qu'il a ait eu lieu d'y revenir ultérieurement par appendicectomie. Dans tous les cas, l'appendicitomie doit être réservée, pour l'époque possible, ou de nouveaux accidents d'origine appendiculaire surviendraient.

Je pourrais, à ce propos, vous citer plusieurs observations très probantes dont l'une m'est plus particulièrement présente à l'esprit : c'est celle d'une jeune fille que j'allais opérer par voie haute quand, sous anesthésie, la collection se vida par l'anus. Je m'abstins de toute manœuvre chirurgicale et cette malade, qui guérit rapidement, n'a, depuis des années, pas présenté la moindre trace de récidive.

En définitive, Messieurs, je considère l'incision rectale, faite pour la première fois, en France, par mon collègue Jaboulay, comme la méthode de choix pour toutes les collections appendiculaires qui tombent sur le rectum. Je n'ai eu, pour mon compte, qu'à m'en louer, et dans mon service, elle est couramment pratiquée. Je tiens à insister, en terminant, sur la simplicité de l'acte opératoire. J'ai admiré l'ingéniosité de l'appareil de M. Reynier. Je connais d'autres instruments du même genre. Mais je crois qu'il est plus facile et plus commode de pratiquer au ciseau l'incision rectale à ciel ouvert. La malade étant dans la position inversée, une valve déprimant la commissure postérieure de l'anus, on a sous les yeux la paroi antérieure du rectum qui bombe. On fait une boutonnière de 2, 3 centimètres, on crève avec le doigt ou avec la pointe de ciseaux mousses, par exemple, la poche pelvienne, et l'on se contente de tout laisser ouvert, sans même habituellement mettre de drain. Je proscris les lavages, sauf indications particulières, et je me contente d'un pansement aseptique absorbant. Il est rare qu'on soit obligé d'y revenir, et, tout en consultant la température, le pouls et l'état général, on voit d'ordinaire ces malades guérir aisément, sans complications.

M. Walther. — Je m'excuse de prolonger cette discussion. Je n'avais pas l'attention d'y prendre part, puisque nous sommes

tous d'accord sur ce point qu'il est de bonne pratique d'ouvrir par le rectum les collections pelviennes qui bombent dans le rectum et celles-là seulement, comme l'a bien dit dans la dernière séance mon ami Broca.

Je ne veux donc pas intervenir dans la discussion ; je tiens seulement à rappeler ici le nom de mon ami et ancien interne, le Dr Chevalier, qui a fait en 1900, dans mon service, une très bonne thèse sur l'appendicite pelvienne.

Etudiant le traitement des collections pelviennes, M. Chevalier nous montre l'incision rectale, pratiquée dès 1890 par Gerster et quelques autres chirurgiens américains, « ouverture choisie le plus souvent par la nature » et « un des meilleurs modes de guérison spontanée ». « Cette incision a l'avantage de répondre à la fois au point le plus accessible et au point le plus déclive. »

Il rappelle que Jaboulay a déjà renoncé (en 1900) à l'incision parasacrée pour ouvrir par le rectum les foyers pelviens inférieurs. Il rapporte les résultats excellents obtenus par Rotter (20 guérisons sur 20 cas) et discute les avantages de cette méthode et les objections théoriques qui lui ont été opposées.

De cette étude, M. Chevalier conclut que « dans tous les cas où l'abcès peut être atteint par le rectum, l'ouverture rectale doit être l'ouverture de choix ».... « Lorsqu'il y aura plusieurs abcès, l'abcès pelvien sera d'abord ouvert, parce que celui-ci étant au point le plus déclive, il se peut que le drainage soit suffisant pour vider une collection iliaque... »

Il me semble qu'il est juste de rappeler aujourd'hui le travail de M. Chevalier, travail qui marque une date dans cette histoire du traitement de l'appendicite pelvienne.

M. Guinard. — Je n'ai jamais pratiqué l'ouverture des abcès pelviens d'origine appendiculaire par la voie prérectale ou périnéale préconisée par M. Robert Picqué. J'avoue que le rapport de notre collègue Lucien Picqué m'avait très favorablement impressionné en faveur de ce procédé. Cependant, j'étais arrivé par ma pratique personnelle à la conviction que l'ouverture de ces abcès par le rectum, donne des résultats beaucoup meilleurs qu'on pourrait le supposer *à priori*.

Lorsque notre collègue Chaput fit ici même une communication où il vantait les résultats obtenus par l'ouverture rectale, j'avoue que je restai quelque peu sceptique et que je gardai une véritable répugnance, toute théorique d'ailleurs, à faire communiquer un foyer abdominal, fût-il purulent, avec l'ampoule rectale. J'ouvrais ces abcès par l'abdomen et je dois dire que j'avais eu

ainsi quelques catastrophes, dont l'une en ville sur un malade que j'avais vu avec notre collègue Hartmann.

Au commencement de 1906, je me disposais à ouvrir par lapacotomie un volumineux abcès pelvien d'origine appendiculaire : le malade était anesthésié, et pendant que mon externe brossait peut-être un peu trop vigoureusement la peau de l'abdomen pour l'aseptiser, une odeur infecte nous avertit que l'abcès venait de se rompre dans le rectum. Je mis le malade dans la position du spéculum, et appliquant une valve sur la commissure anale postérieur, je vis nettement sur la face antérieure du rectum un orifice par où s'échappait le pus. J'introduisis des ciseaux fermés par cet orifice, et les retirant après les avoir ouverts j'agrandis largement l'orifice et j'y plaçai un gros drain. Le malade guérit ainsi avec une rapidité et une simplicité parfaites.

Le 12 juin de la même année 1906, un garçon d'hôtel de dix-neuf ans, Pierre Ch., m'arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état si grave qu'on hésita à l'opérer d'urgence. C'était une crise aiguë d'appendicite, la première, un de ces cas limités pour lesquels on discute encore sur l'opportunité d'une opération immédiate. Sous la glace, un empâtement se produisit dans la fosse iliaque et dans le pelvis. Bientôt le toucher rectal montra que la tuméfaction tombait fortement dans l'ampoule, comme « une tête de fœtus à terme ». Me rappelant l'observation citée plus haut, je fis le 28 juin une incision rectale sur la ligne médiane : il sortit plus d'un demi-litre de pus avec des gaz fétides. Je ne fis aucun lavage, mais je laissai un gros drain dans le foyer.

Le malade sortait guéri sans le moindre incident le 20 juillet.

Enfin j'ai encore dans mon service un garçon boucher de vingt et un ans, Léon B., que j'ai opéré dans les mêmes conditions. Il m'est arrivé le 17 avril dernier avec un volumineux abcès consécutif à une première crise d'appendicite datant de dix jours. L'abcès occupait la fosse iliaque droite, tout le petit bassin et s'étendait à la fosse iliaque gauche. Il bombait fortement par le rectum derrière la vessie qu'il comprimait en avant. Je fis encore ici une incision sur la paroi antérieure du rectum : issue d'un litre au moins d'un pus très fétide. Pas de lavage : gros drain en T. Le soulagement fut immédiat, et les suites sont d'une simplicité extraordinaire, malgré l'état fort précaire du malade à son entrée.

Si maintenant je rapproche ces trois observations du mémoire de Chaput, des observations de Routier, etc., je me demande s'il ne faut pas conclure avec Routier que l'incision rectale donne d'excellents résultats quand elle est indiquée. Et là je me sépare tout à fait de M. Sieur qui, dans son enthousiasme, la préconise, même quand l'abcès ne fait pas une saillie très appréciable par le rectum.

Je dirai donc comme conclusion, que l'incision rectale n'est pas en pratique aussi mauvaise qu'on pourrait le craindre *à priori*, quand elle est bien indiquée par une saillie nettement appréciable par le toucher.

M. Picqué. — Messieurs, la discussion qu'a soulevée mon rapport sur une observation de Robert Picqué touchant le drainage des suppurations pelviennes par la voie prérectale m'a causé une légère surprise.

J'avoue que j'éprouvais quelque gêne à venir défendre devant vous une méthode que je croyais acceptée par tous nos collègues. Or, voici que presque tous ceux qui ont pris la parole ont préconisé la voie rectale.

Puis la question s'est élargie et, avec M. Sieur, a été envisagé le parallèle des diverses voies d'accès des collections intrapelviennes. Notre collègue a nettement proclamé devant vous la supériorité de la voie abdominale. Pour ma part je me rallie entièrement à l'avis de notre collègue. Dans tous les cas j'ai recours à cette voie. Pour moi le drainage inférieur ne peut être considéré que comme un expédient qui vient compléter l'incision sus-pubienne et qui trouve son indication dans les cas où une poche de grande dimension présente une saillie considérable vers le rectum et où l'on peut craindre l'insuffisance du drainage sus-pubien.

C'est ainsi que dans le cas que je vous ai présenté, Robert Picqué, suivant ma pratique, a fait d'emblée l'incision sus-pubienne et n'a eu recours à l'incision basse que secondairement pour assurer le drainage suffisant d'une poche qui présentait des dimensions inusitées.

Pour les abcès pelviens supérieurs, la voie abdominale n'est contestée par personne. Notre collègue Broca a dit très justement que même dans le cas où un abcès situé vers le détroit supérieur « bombait dans le rectum à bord de doigt », c'était encore à cette méthode qu'il fallait recourir. Je ne me sépare de mon collègue que parce que je pense qu'il doit en être de même pour tous les autres abcès pelviens quel que soit leur siège et leur rapport avec le rectum.

C'est la pratique de la gynécologie qui m'a amené à cette conclusion. Ne voyons-nous pas tous les jours des collections profondément cachées dans le cul-de-sac de Douglas et que nous abordons avec la plus grande sécurité par la voie sus-pubienne?

Discuter sur ce point, n'est-ce pas rouvrir un débat clos depuis longtemps entre les partisans de la voie haute et de la voie basse dans le traitement des suppurations pelviennes chez la femme?

Pourquoi agirait-on d'une façon différente quand ces collections ont leur point de départ dans l'appendice.

Notre collègue Chaput nous a parlé de perforations primitives ou secondaires de l'intestin et de la vessie; ce ne sont là que des fautes opératoires faciles à éviter aujourd'hui et qu'on ne peut vraiment plus mettre au passif de la méthode. Quant à la présence d'anses sonores au-devant de la collection et dont nous a parlé M. Le Dentu, ce n'est encore là qu'une question de technique et je crois qu'un chirurgien aussi habile qu'est notre collègue a certainement dépassé sa pensée quand il nous dit que la présence d'une anse sonore « rend impossible sans grande imprudence » la méthode sus-pubienne.

Je pense donc avec M. Sieur, avec tous ceux qui ont l'expérience de la technique qui convient aux collections pelviennes, que tous les abcès appendiculaires pelviens guérissent fort bien et vite par l'incision abdominale et le drainage sus-pubien.

Je vais plus loin encore et, contrairement à ce qui a été dit par plusieurs de mes collègues et en particulier par mon ami Guinard, je ne crois pas que l'ouverture spontanée de ces collections par le rectum puisse constituer une solution désirable, comme le pensait autrefois Grisolle. L'anatomie pathologique de ces collections nous montre qu'elles sont souvent multiples, que si l'une d'elles s'ouvre dans le rectum, d'autres peuvent rester isolées et entraîner ultérieurement des accidents plus ou moins graves. Quand l'abcès, d'autre part, a une origine appendiculaire, que peut-on faire par cette voie pour atteindre l'appendice?

Sieur a donc eu encore raison de dire que la voie basse ne permet pas de se rendre compte des lésions existantes, d'où son infériorité réelle.

Aussi dans les cas où l'ouverture spontanée se produit dans le rectum, je n'en pratique pas moins d'une façon systématique l'ouverture abdominale qui me permet d'ouvrir, de drainer toutes les poches et d'enlever l'appendice dans les cas spéciaux où cette ablation peut se faire sans danger. Un tamponnement soigné appliqué sur la perforation rectale met le péritoine à l'abri de toute infection et s'oppose à la fistule stercorale.

J'ai pu obtenir dans ces conditions de très nombreux succès.

Dans un cas récent, j'eus l'occasion d'intervenir de cette façon.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, fille d'un confrère, qui avait été prise d'accidents aigus d'appendicite dans une petite île des côtes de Bretagne, où elle se trouvait en villégiature, loin de sa famille. Appelé en toute hâte, je trouvai le médecin désolé que le père de la malade m'eût imposé une traversée de deux heures. La collection s'était ouverte spontanément dans le rectum

et depuis ce moment la température était retombée à la normale. Pour lui, la malade était guérie. Je l'examinai avec soin et constatai qu'il existait d'autres poches intra-pelviennes très profondément situées et ne faisant aucune saillie dans les fosses illiaques.

Je ramenai donc la jeune fille à Paris et l'opérai dès son arrivée. Le petit bassin était le siège de collections indépendantes que je drainai par l'incision sus-pubienne et je terminai l'opération en enlevant l'appendice, siège de lésions graves. La malade guérit rapidement.

Quant au point relatif au parallèle de la voie rectale et périnéale, les faits que nos collègues ont apporté au débat montrent que la voie rectale peut donner des guérisons rapides, réserves faites pour les récidives qui peuvent se produire dans les conditions que j'ai indiquées plus haut.

Or, cette guérison rapide n'est pas le seul argument à produire; il faudrait pour nous convaincre démontrer que la communication d'une poche avec le rectum est toujours inoffensive.

Notre collègue Chaput déclare bien que « l'infection rectale est si peu à craindre qu'on ne l'observe jamais ». Ce sont ses propres paroles. Or, en est-il bien sûr?

Il faut cependant tenir compte de la septicité variable des matières fécales. Je vous ai cité, il y a quelques années, des cas où des aliénés pouvait « barbouiller » sans inconvénient leurs sutures avec des matières fécales. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Pourquoi alors les précautions minutieuses qui nous ont été indiquées par plusieurs de nos collègues pour amener l'antiseptie rigoureuse du rectum et qui ont modifié complètement le pronostic autrefois si sombre des opérations pratiquées sur le rectum?

Devons-nous également oublier que c'est le danger de l'infection ascendante qui amène chez les lapins auxquels on pratique l'abouchement rectal de l'uretère des pyonéphroses presque constantes qui a fait complètement abandonner cette méthode thérapeutique?

En tenant compte de ces faits et d'autres que je ne puis citer, il ne me paraît plus possible à notre époque de recommander d'une façon systématique l'ouverture rectale des collections purulentes intra-pelviennes malgré les cas heureux de Reynier, de Guinard et de Routier (en tout neuf cas), sans parler des cas de Bérard et Patel que nous rappelait à l'instant M. Poncet.

Qu'on nous apporte aussi les cas malheureux, et nous pourrons juger. On a opposé enfin la simplicité de l'incision rectale à la difficulté de l'incision périnéale.

Certes, l'incision rectale ne présente aucune difficulté, mais l'incision du périnée est-elle si difficile?

M. Le Dentu et Chaput invoquent la nécessité de l'anesthésie, la blessure possible de l'urètre et du rectum. J'avoue ne pas comprendre la valeur de ces arguments.

Il y a longtemps que notre collègue Segond préconisait cette méthode pour l'ouverture des abcès chauds de la prostate. J'y ai eu recours ces jours-ci à l'hôpital Bichat pour un cas de ce genre : l'opération a été conduite rapidement et sans incident.

Dans le cas de Robert Picqué, l'opération a demandé à peine quelques minutes.

Cette opération est depuis longtemps réglée. Elle a l'avantage de comporter des repères anatomiques précis; j'ajouterai que les travaux récents qui ont été faits sur l'extirpation de la prostate ont démontré une fois de plus que par cette voie aucun accident n'était à redouter entre les mains d'un chirurgien digne de ce nom.

Quant à la durée de la guérison, je ne la crois plus longue, quoi qu'en ait dit notre collègue Routier, que par la voie périnéale. Chez le malade de Robert Picqué, elle a été extrêmement rapide, malgré le mauvais état général du sujet.

Discussion sur le tétanos.

M. Kummer. — A l'occasion de la discussion, à la Société de chirurgie, dans les séances du 24 avril et du 1er mai sur le traitement du tétanos, nous prenons la liberté de vous envoyer l'observation suivante, avec quelques remarques qui s'y rapportent.

F. Ts..., âgé de vingt-cinq ans, était occupé, le 18 novembre 1906, à bourrer de poudre une mine, pratiquée dans un rocher à la haute montagne (1.500 environ), lorsque subitement le coup partit, en blessant grièvement la main droite du jeune homme. Après avoir fait un premier pansement, son médecin envoya le blessé à Genève, où il entra à notre clinique avec une énorme plaie de la paume de la main droite : la peau, ainsi que les muscles des éminences thénar et hypothénar, noircis et déchiquetés, les tendons des muscles fléchisseurs à nu, le pouce luxé en arrière, et la tête du premier métacarpien à nu dans la plaie; cette dernière est le siège d'une suppuration fétide; bains et compresses antiseptiques, et, le lendemain, en vue d'une désinfection bien complète, narcose à l'éther, mouchage des lambeaux de tissu nécrosé, résection de la tête du premier métacarpien, lavage au sublimé, badigeonnage à la teinture d'iode forte, pansement à plat, compresses et bains au lysol.

Contrairement à notre habitude, nous ne fîmes pas d'injection préventive de sérum antitétanique, la désinfection bien énergique et le débridement de la plaie nous paraissant dans ce cas être les mesures essentielles, et la probabilité d'une infection tétanique par des débris de rocher, loin des habitations, à la haute montagne, nous paraissant très faible. Mal nous en prit : en effet, après une période d'amélioration passagère, avec chute de la température, les premiers jours après notre intervention, les symptômes de tétanos éclatèrent le huitième jour après la blessure, sous forme de trismus, et le lendemain, le neuvième jour après l'accident, le malade succomba à un tétanos généralisé suraigu.

Dès l'apparition du trismus, emploi de sérum antitétanique, provenant du laboratoire de M. le professeur Massol, auquel nous exprimons ici nos sentiments de vive gratitude. 140 centimètres cubes de sérum furent employé en trente heures en injections sous-cutanées aussi bien qu'en applications locales sur la plaie ; en outre 20 grammes de chloral, 4 centigrammes de morphine avec 4 milligrammes d'atropine ; la section nerveuse au-dessus du poignet, des nerfs médian et cubital, fut pratiquée : sur le conseil de M. le professeur Bard, des injections sous-cutanées de sérum physiologique : tout fut inutile.

Voici les raisons pour lesquelles nous avons renoncé, dans notre cas, à l'emploi des injections préventives de sérum antitétanique. Notre foi dans l'efficacité des injections préventives chez l'homme avait été un peu ébranlée par des lectures récentes, en particulier par celle de la discussion qui a eu lieu au dernier congrès allemand de chirurgie, où des chirurgiens allemands et russes avaient nettement pris position contre les injections antitétaniques préventives ; d'autre part, nous avions affaire à une plaie infectée, putride, à bords fortement déchiquetés, et nous avons pensé qu'une désinfection énergique, en narcose, avec débridement des anfractuosités de la plaie était probablement le procédé le plus sûr pour guérir notre malade, et cela d'autant plus que nous pouvions intervenir à une période relativement récente : trente-six heures après l'accident ; aussi notre intervention n'a-t-elle point été inefficace, puisque, à sa suite, la suppuration a diminué, la fétidité de la plaie a disparu, la fièvre est tombée, et dans les tissus de la plaie on ne trouvait plus le bacille du tétanos (professeur Massol). Nos mesures antiseptiques ont donc été parfaitement actives, mais parfaitement impuissantes aussi à enrayer la marche envahissante de l'intoxication tétanique. Au bout de trente-six heures de prolifération dans la plaie, les bacilles du tétanos avaient fabriqué assez de toxine pour déterminer la marche fatale de la maladie. Peut-être bien que l'antitoxine appliquée à ce moment-là sur la plaie ou dans son voisinage aurait pu encore neutraliser ou diminuer

l'effet du poison sécrété par les bacilles de Nicolaïer. Nous regrettons de n'avoir pas fait cette tentative. Les injections antitétaniques pratiquées dans notre cas dès l'apparition des symptômes généraux de la maladie n'ont pas eu d'effet, ce qui confirme l'opinion générale sur l'inefficacité des injections antitétaniques dites « curatives ». La section nerveuse faite quarante-huit heures après la blessure n'a pas non plus influencé la marche progressive de l'intoxication ; la proposition d'une amputation de la main, faite à ce moment-là, a été refusée. Détail intéressant : c'est au moyen de fragments de rochers sur la haute montagne (à 1.500 mètres environ) que les bacilles de Nicolaïer ont pénétré dans la plaie. Nous n'avons pas connaissance de recherches du bacille du tétanos faites dans la terre et sur les rochers de la montagne, et notre observation paraît intéressante à ce point de vue là. La présence de bacilles de Nicolaïer dans ces régions désertes de la montagne nous paraissait à première vue tellement improbable que c'était là pour nous une raison de renoncer aux injections préventives de sérum ; nous voyons qu'il faut en rabattre et nous habituer à l'idée de la quasi-ubiquité du bacille du tétanos dans la terre. Du reste, il ne faut pas non plus oublier que le bacille du tétanos pouvait, dans notre cas, se trouver comme simple saprophyte sur la peau de la main du blessé, antérieurement à l'accident, et que les éclats du rocher n'ont fait qu'ouvrir une porte d'entrée aux bacilles, qui de saprophytes seraient devenus parasites.

Depuis de nombreuses années, nous avions régulièrement pratiqué des injections préventives de sérum antitétanique, dans tous les cas de blessures qui nous paraissaient être exposées à ce genre de complication, et nous nous sommes fort bien trouvés de cette pratique ; en effet, nous n'avons observé pendant tout ce temps qu'un seul cas de tétanos, survenu chez un vigneron qui s'était blessé à la main, et qui n'a du reste eu recours à nos soins qu'au moment de l'apparition des premiers symptômes de tétanos, dont il n'a pas tardé à succomber, malgré des injections de sérum antitétanique ; aussi ce cas est-il entièrement hors de cause dans la discussion sur le traitement du tétanos par les injections préventives de sérum.

Dans le cas sus-mentionné, nous avons fait exception à notre règle de conduite en renonçant, de parti pris, à l'injection préventive de sérum antitétanique, et en pratiquant uniquement une désinfection très énergique de la plaie sanieuse, et ce malade est mort de tétanos. Qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence, c'est possible, mais bien surprenant cependant ; pourquoi cette coïncidence précisément dans ce cas, tout exceptionnel, nous l'avons dit, où il n'y a pas eu d'injection préventive? Ne serait-ce pas,

précisément, l'absence d'un traitement préventif qui expliquerait l'apparition du tétanos? Qui oserait le nier? Le doute persiste dans l'esprit. Or, du moment que les injections préventives n'offrent aucun danger, ce que tout le monde admet actuellement, et qu'il n'est pas admissible de leur dénier toute efficacité, qu'au contraire l'observation clinique et surtout les expériences sur les animaux parlent très fortement en leur faveur, pourquoi renoncer à leur emploi? Ce serait, semble-t-il, pousser un peu loin le rigorisme scientifique que de renoncer de parti pris à l'emploi d'un remède parce que son efficacité, quoique probable, n'est pas entièrement hors de doute. — Nous savons bien que, dans la pratique, les injections préventives rencontrent certains obstacles très réels : Comme il est impossible d'injecter tous les cas de blessures un peu suspectes, lesquels faut-il choisir? Nous pensons qu'il vaut mieux faire un peu trop de zèle que pas assez, injecter même certains cas, qui n'en auraient pas eu besoin ; ils ne s'en trouveront pas plus mal. La question financière a aussi son importance, — le prix du sérum étant généralement assez élevé. Nous estimons que les administrations d'assistance publique devraient fournir gratuitement du sérum aux malades indigents : sous ce rapport, Genève offre aux médecins et aux malades indigents toutes les facilités désirables; le laboratoire de M. le professeur Massol tient à leur disposition toute quantité nécessaire de sérum antitétanique, et nous pensons qu'il s'agit là d'un exemple qu'il serait utile d'imiter ailleurs.

M. Paul Reynier. — Les lecteurs de nos comptes rendus doivent être bien embarrassés devant le disparate de nos opinions sur la valeur thérapeutique du sérum antitétanique.

Tandis qu'en effet MM. Bazy, Berger, Routier, Lucas-Championnière affirment l'action prophylactique de ce sérum, d'autres dont je suis continuent à en douter, *tout au moins dans les conditions où nous y avons recours sur l'homme.*

Même divergence d'opinion pour son action curative. Si quelques-uns y croient, les autres sont disposés à la nier. Nous voyons M. Thiéry, niant l'action prophylactique et l'action curative, proclamer presque la faillite du sérum.

N'y aurait-il pas cependant moyen de s'entendre en raisonnant un peu?

Ainsi mon ami Bazy, apôtre bien convaincu, trop convaincu, ne pense-t-il pas qu'une conviction, que n'ébranlent pas des faits positifs, qui vont à son encontre, aura de la peine dorénavant à s'imposer ?

Je lui apporte 32 cas de tétanos succédant ou mieux se déclarant malgré des injections de sérum prophylactiques.

A cette statistique j'ajoute aujourd'hui 9 nouveaux cas que nous a fait connaître M. Berger, ce qui porte à 41 les observations connues d'insuccès du sérum antitétanique employé prophylactiquement.

Or à cette statistique M. Bazy avec M. Sieur n'opposent que l'argument de la première heure, argument bien démodé dont on a fait depuis longtemps justice, à savoir que depuis un certain nombre d'années qu'il fait systématiquement des injections de sérum dans son service, il n'a pas eu de tétanos.

C'est le même argument que M. Sieur nous met en avant, et cependant il est trop facile de répondre que, dans certains services, dont le mien, on ne fait pas ces injections systématiques, et que le tétanos n'apparaît pas plus pour cela.

Les deux seuls cas qui sont nés dans mon service n'avaient pas trait à des accidents mais à des opérations, et une avait été injectée primitivement avec le sérum antitétanique. Et cependant nous avons un service où on nous amène souvent des gens en pleine puissance de tétanos, venant des communes de Noisy-le-Sec, de Rosny, de Pantin, où il y a un sol éminemment tétanifère.

Or, nous n'avons jamais vu de contagion se produire, nos précautions antiseptiques suffisant à les arrêter.

Pendant que M. Sieur parlait, et nous disait, que depuis 1893 qu'il faisait des injections préventives il n'avait pas vu de tétanos dans son service, mon ami M. Delorme me faisait remarquer, me permettant de le citer, que, de 1870 à 1893 dans un service analogue à celui de M. Sieur, il n'avait pas fait d'injection de sérum antitanique et que cependant il n'avait pas eu, lui non plus, de tétanos dans son service.

Vous avez entendu MM. Beurnier, Thiéry parler dans le même sens.

Nous pourrions continuer ainsi longtemps la discussion en nous citant des séries aussi peu probantes de faits négatifs. Les faits positifs en science ont seuls de la valeur, et ces 41 insuccès disent plus que des milliers de malades injectés peut-être tous inutilement.

De cette statistique très troublante, M. Bazy ne retient qu'un cas, celui du malade que j'ai cité, qui avait un peu suppuré superficiellement, et qui a eu son tétanos le onzième jour après une injection de sérum antitétanique.

Et M. Bazy de s'écrier : si ce malade a eu son tétanos, c'est parce qu'il a suppuré !

Je ne conteste pas que la suppuration ne joue un certain rôle dans la genèse du tétanos, mais tous les malades qui suppurent n'ont pas le tétanos. Et M. Bazy peut-il dire que de tous ceux auxquels il a injecté le sérum, pas un n'ait suppuré; c'est peu probable, car les malades auxquels il injectait du sérum devaient avoir des plaies.

Or, il a été véritablement bien heureux d'éviter la suppuration de ces plaies souillées de terre, et fort peu aseptiques.

Mais j'en doute; quelques-uns ont dû suppurer comme mon malade. Et qu'alors d'après M. Bazy ils ne devaient pas avoir le tétanos.

Son injection avait donc été faite bien inutilement. A moins que mon injection n'ait pas la valeur thérapeutique de celle que M. Bazy emploie, et que j'aie un sérum trop faible. Mais alors à qui se fier? Comment savoir si le sérum à la puissance voulue? Nous sommes tributaires d'un seul institut, et si vous admettez que si le tétanos se produit malgré l'injection de sérum, c'est que le sérum n'est pas assez actif, c'est une grosse responsabilité que vous faites peser sur cet institut. Il est vrai qu'elle est diminuée par cette considération que nombre de sérums antitétaniques ont été employés, sérum de Behring, de Tizzoni, et que tous ont eu leur insuccès.

Je ne suis pas non plus très frappé par le fait que chez M. Routier et M. Delbet le seul malade qu'ils n'avaient pas injecté ait eu le tétanos.

Ces Messieurs sont-ils si sûrs que c'était l'unique malade qu'ils n'avaient point injecté? Et ne croient-ils pas que beaucoup d'autres, entrés chez eux avec des plaies, et qu'ils n'ont pas injectés ont pu échapper au tétanos, aussi bien que tous ceux que nous avons eus dans nos services, et qui n'ont pas eu de sérum.

Plus troublants sont les malades du service du Dr Peyrot, de Wendel, cité par M. Berger, du mien, malades qu'on injecte à leur entrée et qui malgré cela ont le tétanos.

Mais j'arrive à l'argument sur lequel MM. Bazy et Lucas-Championnière s'appuient pour me répondre et fort duquel M. Bazy s'écrie que mon argumentation n'est pas scientifique.

Or, il m'est facile de prouver à M. Bazy que son argumentation est encore moins scientifique que la mienne; car il s'appuie sur des expériences qu'il paraît ne pas bien connaître et dont il me parle indûment.

Avec M. Lucas-Championnière, ils me citent, en effet, Nocard et le vétérinaire de Nonant-les-Pins. Or, je suis le premier a reconnaître, avec Vaillard et Nocard, dont je n'aurai jamais la prétention de discuter les expériences, que si on injecte le sérum

en même temps que la toxine, on neutralise cette toxine, et on empêche le tétanos de se produire.

C'est, en effet, ce que faisait Nocard et le vétérinaire de Nonant-les-Pins lorsqu'ils injectaient le sérum, en même temps qu'ils pratiquaient la castration.

Mais est-ce ainsi que nous nous y prenons dans la pratique hospitalière? Est-ce en même temps que s'est faite la plaie et que le malade s'inocule qu'on injecte le sérum ? Encore une fois, non. Vous faites votre injection plusieurs heures après l'accident. Donc, vous ne vous mettez pas dans les mêmes conditions que Nocard et que le vétérinaire de Nonant-les-Pins. Et c'est pourquoi nous n'avons pas les mêmes résultats. On s'est mis toutefois, nous dit M. Berger, dans ces conditions dans le cas de Wendel. Il s'agissait d'un homme qui, dans un laboratoire, se pique. On lui aseptise immédiatement la plaie le mieux qu'on peut et on lui fait une injection de sérum antitétanique. Trois jours après, il avait le tétanos.

Dans le cas de Bouglé que j'ai rapporté, l'injection de sérum avait été faite avant le coup de bistouri donné, pour faire une cure radicale de hernie.

Or, malgré cette injection, le tétanos apparaissait quatorze jours après.

Il est plus que probable que, dans ce cas, c'est Bouglé, je peux le dire maintenant, qui a été le vecteur involontaire du tétanos. J'ai, en effet, fait une enquête sur cette petite épidémie qui était née dans mon service ; j'avais d'abord accusé le catgut comme M. Sieur ; j'ai su depuis que mon pauvre ami Bouglé avait opéré un tétanique deux jours auparavant à l'hôpital Saint-Antoine ; puis opérant ensuite dans mon service, il avait vu succéder à deux opérations faites par lui, l'une aux femmes, l'autre aux hommes, deux cas de tétanos, dont celui que je viens de rappeler.

Il semble donc bien que pendant un certain temps il ait été tétanifère.

Ce tétanos, survenant quatorze jours après l'injection du sérum antitétanique et guérissant, viendrait toutefois à l'appui de la manière de voir de M. Delbet et de Sutter, que j'accepterais très volontiers. Si, en effet, on tient compte du nombre assez élevé de guérisons dans ces tétanos, survenant après sérum, on est en droit de penser que celui-ci a pu agir pour diminuer la gravité de ces cas.

On peut encore conclure de cette observation que l'action du sérum, même injecté en se mettant dans les meilleures conditions, ne dure qu'une dizaine jours, et qu'il faut alors renouveler l'injection dans les cas douteux.

Mais alors pendant combien de temps devons-nous renouveler

ces injections ? N'avons-nous pas un cas de Maunoury où l'on fit trois, quatre injections à intervalles espacés où le tétanos apparut tout de même. Et si nous n'avons que des petites éraflures de la peau, soumettrons-nous nos malades à ces injections répétées pour parer à un danger problématique ?

Reste enfin la question du tétanos larvé dont parlait M. Bazy, et que je connais comme lui. J'ai publié ici l'observation d'un matelot qui s'est piqué à la tempe avec une écharde six ans auparavant, qui avait eu depuis, à différentes époques, des accès de ténesme, et qui est pris du tétanos à la suite d'une injection de quinine que lui faisait très aseptiquement un de mes bons élèves, le Dr Manceau, pour un accès de fièvre paludéenne.

Nous pourrions, en Algérie, relever un certain nombre de faits identiques.

Devant pareils cas, comment compter sur l'action si fugace du sérum antitétanique ?

Reste l'action curative. A l'heure actuelle, après l'enthousiasme de la première heure, succède un découragement trop grand, qui se traduit par le besoin de brûler ce qu'on a adoré, et de nier toute action curative. Personne même n'aurait jamais affirmé cette possibilité de guérir le tétanos avec des injections de sérum. Même M. Roux, nous dit M. Lucas-Championnière, n'aurait eu pareille pensée. Mais il oublie donc que M. Roux se doutait si peu de cette action curative qu'il écrivait : « En dehors de la sérothérapie, tous les médicaments qu'on peut donner sont des médicaments humanitaires, et on ne fait en les donnant que superposer deux empoisonnements. »

Or, dans cette voie de la négation, je crois que nous allons trop loin. Comment, vous admettez la possibilité d'une action préventive, et vous vous refusez à admettre que, le tétanos déclaré, le sérum puisse être sans effet, qu'il ne puisse plus agir, non pas sur la toxine fixée sur les cellules nerveuses, mais sur la toxine continuellement en voie de formation, et quittant la plaie pour gagner le système nerveux ! Ce n'est cependant que comme cela que le sérum peut avoir son action prophylactique. Et si vous croyez à cette action prophylactique, vous ne pouvez nier une certaine action curative, car l'une ne va pas sans l'autre. Le sérum que vous injectez en cas de tétanos, et à doses journalières, et assez élevées, vous aide donc, en détruisant toute nouvelle toxine, et en empêchant l'aggravation de l'empoisonnement, pendant que le chloral agit pour empêcher l'action de la toxine fixée. Nous ne devons donc pas renoncer, comme le disent quelques-uns de mes collègues, à employer le sérum en cas de tétanos déclaré, et cette série de six observations de guérison que j'ai

donnée après adjonction du sérum tétanique au chloral est bie propre à le démontrer.

M. MAUCLAIRE. — Tout ce qui pouvait être dit théoriquemen sur le traitement sérothérapique du tétanos a été dit et bien dit. Aussi, je me contenterai de rapporter les faits que j'ai observés. Ils sont au nombre de quinze.

Les cinq cas antérieurs à la sérothérapie sont tous morts. J'envisagerai les dix autres faits, suivant que le sérum a été employé au point de vue préventif ou au point de vue curatif.

A. — Infection tétanique, malgré l'injection préventive de sérum.

CAS I (*déjà publié*) (1). — Charretier de quarante ans. Morsure de cheval, le 6 octobre 1902; soigné dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat.

Une injection sous-cutanée de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes est faite le 7 octobre, et une autre le 8 octobre. Désarticulation de l'épaule le 11 octobre, à cause des accidents gangreneux.

Le 23 octobre, dix-sept jours après la morsure, seize jours après les injections préventives de sérum, onze jours après la désarticulation, le tétanos apparaît; les crises durent onze jours. Le malade a été traité par le chloral à la dose de 12 grammes, et par quatre saignées faites les quatre premiers jours de novembre.

J'ai montré ici le malade guéri. Dans ma présentation à la Société de chirurgie, j'ai dit que les injections préventives avaient peut-être atténué le tétanos.

CAS II (*Obs. inédite*). — Homme de trente-quatre ans. Entré, le 10 février 1903, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Picqué, avec une fracture compliquée des deux os de l'avant-bras, siégeant à leur extrémité inférieure et datant du jour même. Injection de sérum le jour même. Symptômes de lymphangite gangreneuse les jours suivants. Amputation de l'avant-bras, le 14 février. Début du tétanos le 16, par conséquent six jours après la plaie, six jours après l'injection antitétanique et deux jours après l'amputation. Traitement par une injection sous-cutanée de sérum antitétanique et par le chloral. Mort le 18 février au matin.

Voilà donc deux cas de tétanos, malgré deux injections préventives chez le premier malade et une seule injection préventive chez le deuxième.

Aussi, je n'ai plus qu'une confiance modérée dans ces injections préventives. Mais je ne crois pas que le rôle préventif de ce

(1) Voir Rapport de M. Bazy, *Société de chirurgie*, 1903, et Réflexions à propos de douze cas de tétanos in *Médecine moderne*, 1er juillet 1903.

sérum, « tel qu'il est préparé actuellement », soit absolument nul et dans les deux cas que je viens de rapporter il se peut que l'infection gangréneuse de la plaie ait rendu inefficace l'injection de sérum.

Néanmoins, je fais encore ces injections préventives dans plusieurs conditions étiologiques particulières. Je les pratique volontiers quand il s'agit de plaies chez des jardiniers, chez des palefreniers ou de plaies routières. De plus, il y a des localités dans lesquelles le tétanos est plus fréquent que dans d'autres localités. Je pense que chez les blessés de ces régions, les injections préventives peuvent avoir leur utilité. Mais on peut évidemment ignorer la *prédisposition régionale* au point de vue de l'infection tétanique. Les jardins des maraîchers des environs de Paris sont des terrains tétanifères. Plusieurs de mes malades sont des malades de la banlieue qu'on aurait autrefois laissés mourir dans leur localité, parce qu'on parlait moins de sérum, ou parce qu'on hospitalisait moins à Paris les malades de la banlieue. Cela explique l'énorme proportion de tétaniques domiciliés hors Paris, suivant la statistique de M. Bertillon.

D'autre part, il y a certainement une *prédisposition individuelle*, car nombreux sont les malades qui ont des plaies infectées et souillées par de la terre, et cependant le tétanos ne se développe pas. J'ai même vu, à la campagne, des blessés mettre des matières fécales de vaches sur leurs plaies, sans que le tétanos se développe. Je crois donc à une certaine prédisposition individuelle et même à une *prédisposition familiale*.

Quand, dans la famille, il y a eu un cas de tétanos, je n'hésite pas à faire une injection préventive chez tout parent proche ayant une plaie routière irrégulière et salie par de la terre. C'est ce que j'ai fait dans deux cas.

Ici encore on peut dire que cette prédisposition individuelle ou familiale peut être ignorée du médecin traitant et dans le doute il faudrait faire des injections préventives après toute espèce de blessures, car dans la moitié de mes cas il s'agit de simples piqûres. Il faudrait aussi injecter tous les dix jours les malades ayant des plaies chroniques : mal perforant, escharres, ulcères, etc.

B. — **Infections tétaniques traitées par le sérum curatif.**

Voici mes observations au nombre de huit, et classées non pas chronologiquement, mais suivant le mode d'emploi du sérum ;

a) *Injections intracérébrales curatives* (*5 cas*) :

1° *Hôpital Beaujon* (service de garde), 1898. — Jardinier de la ban-

lieue. Plaie du pied; tétanos à évolution subaiguë. Injections intracérébrales de sérum le sixième jour. Guérison;

2° *Hôpital Neck-r* (service de M. Le Dentu) (juillet 1899). — Homme. Tétanos aigu post-opératoire après une plaie ombilicale (cure radicale d'une hernie) et une incubation de huit jours. Injection intracérébrale le deuxième jour. Mort;

3° *Hôpital Necker* (mai 1900) (observation publiée dans le *Journal des praticiens*, 7 juillet 1900). — Jardinier de la banlieue (au Drancy) avec plaie du pied, une simple piqûre par un clou. Pansement de la plaie. Incubation de huit jours. Injection intracérébrale le quatrième jour. Mort le dixième jour;

4° *Hôpital Bichat* (11 mai 1901). — Homme. Plaie du pied il y a quinze jours et plaie du pouce il y a deux jours avec une scie. Incubation de quinze jours. Injection intracranienne et injection intrarachidienne de sérum antitétanique le troisième jour de la crise, et lavements de chloral. Le cinquième jour, injections intrarachidiennes de sérum antitétanique et de chloral (solution à 2 p. 100), et injections sous-cutanées de sérum. Malgré ce traitement polymorphe, le malade meurt le cinquième jour après le début de la crise tétanique;

5° *Hôpital Bichat* (octobre 1902). — Jardinier de la banlieue (Levallois). Plaie du doigt rouillée de fumier et devenue phlegmoneuse. Incubation de huit jours. Le deuxième jour du tétanos, injection intracérébrale à droite et à gauche de la région fronto-pariétale. Injection intrarachidienne de sérum et de cocaïne (5 centimètres cubes de solution à 2 p. 100). Amputation du doigt. Lavements de chloral. Mort le quatrième jour après le début de la crise tétanique.

b) *Injections intrarachidiennes curatives de sérum.*

Je ne les ai pas pratiquées isolément. Je les ai utilisées, conjointement aux injections intracérébrales, dans les deux cas que je viens de résumer.

c) *Injections sous-cutanées curatives :*

1° *Hôpital Bichat* (février 1900). — Homme, cinquante-cinq ans. Amputation de jambe pour écrasement. Incubation de quarante-huit heures. Chloral et injections sous-cutanées de sérum tous les jours. Mort le troisième jour de la crise;

2° *Hôpital Bichat* (octobre 1901). — Homme de quarante-deux ans, journalier. Plaie de jambe. Incubation de huit jours. Chloral à hautes doses jusque 12 grammes, et injections sous-cutanées de sérum tous les jours. Mort huit jours après le début;

3° *Hôtel-Dieu* (service de M. Le Dentu) (avril 1906). — Hypospadias chez un homme de vingt-quatre ans. Opération, le 24 avril. Le malade indocile touche continuellement à sa plaie; sept jours après, début du tétanos, le 1er mai. Injections sous-cutanées de sérum tous les jours et chloral. Crises légères. Fièvre peu élevée, 38 degrés. Mort subite le troisième jour.

En résumé, le traitement curatif par le sérum m'a donné :

Injections intracraniennes de sérum, cinq cas : quatre morts et une guérison dans un cas de tétanos subaigu.

Injection intracranienne de sérum et intrarachidienne de sérum antitétanique (2 centimètres cubes), et de chloral (solution à 2 p. 100) : un cas, une mort.

Injection intracranienne de sérum et intrarachidienne de sérum et de cocaïne : un cas, une mort.

Injections sous-cutanées de sérum : trois cas, trois morts.

En somme, la *valeur curative* du sérum antitétanique « tel qu'il est préparé actuellement » est douteuse; c'est ce que Roux et Vaillard avaient déjà dit.

M. Bazy. — 1° Je remercie mon ami Reynier des tentatives qu'il a faites pour me faire comprendre les expériences de Nocard.

Je n'y avais vu qu'une chose : M. Nocard préconise les injections préventives quand on fait des opérations susceptibles de donner le tétanos et le donnant fréquemment, comme le fait la castration chez le cheval; le tétanos disparaît à la suite de ces opérations.

J'ai préconisé la même pratique chez l'homme, et c'est tout;

2° Je n'ai pas analysé tous les cas de soi-disant insuccès de la sérothérapie préventive que M. Reynier a cités : j'ai analysé uniquement son dernier cas et j'ai dit que la suppuration était une condition de développement du tétanos et que, quand une plaie suppure, il faut renouveler les injections. C'est ce que je fais dans mon service, et c'est ce que M. Reynier n'a pas fait;

3° Aux cas malheureux signalés par MM. Delbet, Routier, Sieur, Berger, etc., qui ont trait à des cas de tétanos développés par hasard (?) chez des individus à qui on n'avait pas fait d'injections préventives de sérum antitétanique, malgré les habitudes de service, à tous ces cas j'en ajouterai un que j'ai publié en 1988 ici et vous le retrouverez à la page 499 de nos Bulletins et je pourrais en ajouter un autre tiré de la pratique d'un chirurgien militaire très distingué, dans lequel notre collègue se trouvant en présence d'une plaie insignifiante pensa que réellement il n'était peut-être pas très utile de faire une injection préventive; or, coïncidence singulière, ce blessé a pris le tétanos. Avouez que la coïncidence est au moins singulière.

M. Delorme. — M. Reynier ayant fait allusion à mes cas, je me permettrai de vous les rappeler, ne voulant en tirer qu'une conclusion, à savoir que le tétanos peut être exceptionnel dans le service d'un chirurgien antiseptique autrefois, aseptique aujourd'hui.

Laissant de côté un fait observé en 1870, et un autre vu par hasard à la campagne, je ne puis que citer trois cas de ma pratique. Le premier fut observé sur un pompier, dans la fesse duquel avait pénétré et s'était rompue l'extrémité d'un pieu souillé de terre. Suppuration abondante, tétanos suraigu, mort. J'ai déjà rappelé ce cas à la Société de chirurgie, et dit pourquoi je n'avais pas, à ses débuts, employé le sérum à titre curatif. Ce malade succomba.

Un deuxième fait fut observé sur un opéré de cure de hernie qui avait guéri par première intention. M. Moty en fit l'autopsie et constata l'absence de toute infection. Ce cas chirurgical est intéressant en raison de l'apparition du tétanos le vingtième jour, malgré l'absence de la suppuration favorisante, presque nécessaire au dire des bactériologistes.

Le dernier blessé était atteint d'une fracture de jambe compliquée de plaie.

Tels sont ces faits exceptionnels d'un chirurgien qui a vu beaucoup de plaies souillées par la terre ou par le fumier, au cours de séjours dans un régiment de cavalerie, à l'Ecole de cavalerie où les hommes ont trop souvent l'habitude de ramasser le crottin avec leurs mains et a observé beaucoup de plaies analogues aux plaies de rue.

M. Quénu. — Dans la discussion sur le tétanos qui vient de se terminer, la question le plus communément envisagée par nos collègues a été celle du traitement préventif par le sérum antitétanique.

Parmi les partisans fidèles de l'injection préventive, demeurent MM. Bazy, Berger, Demoulin, Championnière, Monod, Routier, Sieur, j'ajoute M. Le Dentu (communication orale).

Dans le camp des incertains se rangent Delbet, Potherat et Walther. De quelque côté que nous nous tournions, conclut non sans tristesse M. Delbet, « nous ne pouvons trouver la preuve péremptoire de l'efficacité des injections préventives du tétanos ». Le scepticisme s'accentue chez MM. Beurnier, Thiéry, Mauclaire et Rieffel.

Quant à M. Reynier, il proclame que « devant des faits positifs, n'ayant que des faits négatifs discutables à objecter, il faut avoir une foi bien robuste pour continuer à affirmer scientifiquement la vertu prophylactique des injections du sérum antitétanique ».

M. Reynier consent à continuer ces injections, mais seulement pour rassurer les malades.

J'apporte, de mon côté, le résultat de mes observations hospitalières :

De 1886 à 1907, soit pendant vingt et un ans, j'ai eu l'occasion

d'observer à la consultation de la Fondation Pereire beaucoup de plaies de rues, les unes récentes, les autres datant de deux et trois jours. J'ai systématiquement désuni les plaies et passé un temps fort long à frotter leurs moindres anfractuosités avec des tampons imbibés soit de Van Swieten, soit d'eau oxygénée. Aucune injection de sérum n'a été faite ; je n'ai pas observé un seul cas de tétanos.

Ma pratique hospitalière à l'hôpital Cochin s'étend de la fin de 1890 à 1907. De 1891 à 1900, aucune injection préventive n'a été pratiquée. Je n'ai pas observé de cas de tétanos intérieur.

Depuis 1900, c'est-à-dire depuis sept ans, les injections préventives ont été systématiquement faites pour toutes les plaies. J'ai observé un cas de tétanos intérieur le 7 juillet 1906. Il s'agit d'un homme qui reçut un coup de fusil à plomb dans le pied. La plaie était anfractueuse; malgré les soins apportés à la désinfection, elle se mit à suppurer abondamment et nécessita le passage du malade aux septiques. Le 15 juillet, apparition du trismus ; mort le 18, le lendemain de l'amputation de la jambe. L'infirmière interrogée avait d'abord déclaré s'être soumise à la règle et avoir pratiqué l'injection de sérum. Mais j'obtins d'elle, un peu plus tard, l'aveu que l'injection de sérum avait été omise par suite d'un changement de personnel.

Voilà, Messieurs, un fait positif qui vient s'ajouter aux faits identiques de Bazy, Delbet, Routier, Sieur, Luckett, Berger ; or, nous recevons aujourd'hui même une observation de M. Kummer, de Genève, qui nous dit qu'impressionné par la discussion actuelle, il avait renoncé dans un cas tout récent de plaie contuse de la paume de la main aux injections préventives, alors qu'à son hôpital, depuis de nombreuses années, il avait l'habitude de régulièrement pratiquer les injections préventives de sérum antitétanique. Or, chez ce malade précisément se déclara le tétanos.

Voilà donc, Messieurs, neuf cas, en ajoutant le cas cité par Bazy il y a un instant, desquels il se dégage ceci : les injections préventives sont systématiquement faites, une seule fois l'injection préventive est omise, et c'est justement cette fois qu'éclatent les symptômes du tétanos. Avons-nous le droit de ne voir là qu'une coïncidence ? Je ne pense pas que personne puisse le soutenir.

Je puis retourner contre M. Reynier son argument ; il nous dit : êtes-vous sûrs que tous vos malades soient ordinairement injectés? Est-il sûr que tous ceux qui ont été atteints de tétanos avaient réellement reçu l'injection de sérum?

Une enquête minutieuse est nécessaire pour tous ces faits, et ma conclusion c'est que nous n'avons pas encore le droit d'être

absolus, et qu'étant donnée l'innocuité de l'injection préventive, il est plus prudent d'y recourir.

M. Legueu. — Aux neuf faits cités par M. Quénu, je demande à ajouter un dixième. Je n'ai pas parlé dans cette discussion, parce que je n'ai du tétanos qu'une expérience très restreinte : je n'en ai vu qu'un cas et ce cas rentre précisément dans la catégorie de ceux qui surviennent chez des malades « oubliés » au point de vue du sérum.

Il s'agit d'une malade que j'ai vue à Bicêtre et qui était atteinte non d'une plaie de rue, mais d'une plaie de chambre. Elle s'était brûlée à l'avant-bras en faisant sa soupe.

C'était le dimanche soir et elle entra dans mon service.

On ne lui fit pas d'injection préventive ; le lendemain matin, elle avait le tétanos. Celui-ci évolua rapidement en quarante-huit heures malgré le chloral, le sérum sous la peau et sous l'arachnoïde ; c'était un de ces tétanos aigus contre lesquels il n'y a rien à faire.

Mais il est au moins intéressant de signaler que ce fait est survenu précisément chez une malade qui n'avait pas été injectée préventivement.

M. Pierre Delbet. — Je tiens à être rangé parmi ceux qui font systématiquement des injections préventives. La conclusion de ma communication a été, non seulement qu'il faut continuer à les faire, mais qu'il faut les répéter lorsque les plaies suppurent.

Je demande la permission d'ajouter un mot :

Il est certain que le sérum antitétanique donne entre les mains des vétérinaires des résultats très supérieurs à ceux que nous obtenons. En pathologie humaine, les résultats sont médiocres. Tous ou presque tous, nous sommes d'avis qu'il faut faire des injections préventives. Mais quand il s'agit de donner des preuves certaines de leur efficacité, nous sommes embarrassés.

Le remède n'est pas héroïque. Il a déçu nos espérances. Rien ne le prouve mieux que la longue discussion qui vient de se dérouler ici. Si le sérum antitétanique était le remède puissant et sûr que nous espérions, ç'aurait été un rayon de soleil dans l'obscurité, et nous n'aurions pas tant discuté.

Or, Messieurs, je me demande et je vous demande s'il ne serait pas bon de communiquer à l'Institut Pasteur le résultat de notre discussion.

L'Institut Pasteur est rempli de savants admirables que nous vénérons tous. Mais je ne sais pas si l'écho de nos réunions arrive jusqu'à eux. Ils nous livrent un sérum préparé avec toute

l'habileté et la conscience possibles, mais ils ne l'expérimentent guère eux-mêmes sur l'homme. Ne serait-il pas bon que nous leur disions, nous chirurgiens, qui sommes tous les jours aux prises avec les difficultés et les responsabilités de la pratique : « Ce sérum ne nous donne pas les satisfactions que nous en attendions. »

Il agit plus sûrement, plus énergiquement sur les chevaux que sur les hommes; n'est-ce pas parce que c'est précisément du sérum de cheval. Ne serait-il pas possible de le renforcer ? Une autre espèce animale n'en donnerait-elle pas un plus actif? Je n'en sais rien. Mais il me semble qu'il y aurait intérêt à ce que ceux qui emploient le sérum ne restent pas aussi éloignés de ceux qui le préparent.

C'est pour cela, Messieurs, que je vous demande si vous n'êtes pas d'avis de faire connaître directement à l'Institut Pasteur le résultat de notre discussion.

M. Quénu. — La Société charge M. Delbet de rédiger l'adresse qui sera remise à l'Institut Pasteur.

M. Tuffier. — Je ne comptais pas prendre la parole sur cette question, car je n'ai pas vu de cas de tétanos depuis les six années que je viens de passer à Beaujon, et je n'ai jamais vu de tétanique dans ma pratique privée. Je fais des injections dites préventives pour les blessures graves contaminées par de la terre, qu'elles aient eu lieu dans la rue ou, ce qui m'a toujours paru plus grave, dans les champs, à la campagne. Ce sont nos blessés suburbains qui courent, à cet égard, le plus de danger. Je fais surtout la désinfection soignée, très soignée, de la plaie, qui me paraît le point capital de la thérapeutique de ces accidents.

Pour ce qui est de la valeur du traitement *préventif*, il faudrait classer avec plus de rigueur les plaies suppurées et les plaies aseptiques pour établir le bilan exact de sa valeur. Le fait que vient de signaler M. Delorme prouve que le tétanos peut succéder à une plaie réunie par première intention, mais cette réunion n'est pas synonyme d'aseptie, et une infection légère, susceptible d'exalter la virulence du Nicolaier, est parfaitement compatible avec une cicatrice *perprimam*. Il faudrait également préciser le nombre d'heures qui sépare le moment de la blessure de celui de l'injection. Si les vétérinaires ont de si beaux succès, cela peut tenir à des causes multiples dont la *simultanéité* du traitement préventif et de l'opération, ou mieux l'injection avant le traumatisme, me paraît la plus importante, car elle met leurs opérés dans des conditions absolument différentes de celles de

nos blessés. Ces éléments sont indispensables à une discussion réellement scientifique.

Mais ce qui me paraît actuellement le plus digne de remarques et d'études ultérieures, c'est la question de l'*anaphylaxie*; actuellement elle domine et oblige à reviser tous les faits de sérothérapie. Elle porte aussi bien sur l'action de la *toxine* employée, que, fait plus inattendu, sur la nature même du *sérum* employé comme *véhicule*. Ceci demande explication : Vous savez que le professeur Ch. Richet et M. Portier ont donné ce nom à une propriété de certaines toxines inverse de la propriété prophylactique, c'est-à-dire que certaines toxines ou certains *sérums normaux* injectés à des animaux d'espèces différentes ont la propriété de les rendre non pas moins sensible (prophylaxie), mais plus sensible à cette toxine ou à ce sérum (anaphylaxie) (*Soc. de Biol.*, séance du 20 février 1904).

D'un autre côté, Arthus a démontré qu'un *sérum normal sans toxine*, c'est-à-dire le véhicule employé dans notre thérapeutique, où du sérum équin est injecté dans le sérum humain, peut, par la répétition des injections, rendre un animal sensible, ou plus sensible à ce sérum. Ainsi, après quelques injections de sérum simple *de cheval* sous la peau *d'un lapin* ou d'un homme, on provoque, au bout d'un certain nombre d'injections : 1° une réaction *locale constante*, gonflement, œdème, gangrène; 2° si on injecte le même sérum dans les veines d'un animal d'espèce différente, des *réactions générales* très graves allant jusqu'à la mort, alors que la même injection de ce même sérum chez le même animal, *qui n'a pas reçu d'injections sous-cutanées préalables*, le laisse presque indifférent (*Réunion biologique de Marseille*, 16 juin 1903).

Ce *phénomène d'Arthus* a été repris en Amérique par Theobal Schmitt et généralisé à tous les sérums, et les recherches de Posenau et Anderson, et de Otto, et celles plus récentes de Hesredka et Steinhardt (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1907, p. 117) ont précisé *le moment* où ce phénomène d'exaltation de la sensibilité se produit (environ dix à douze jours après l'injection pour le sérum de cheval), *sa durée* éphémère, *ses conditions* de production. Pour ce qui nous regarde, il est établi que chez un animal ayant reçu *plusieurs injections sous-cutanées* de sérum simple d'une autre espèce animale, il arrive un moment où, *si on change la voie d'injection* du même sérum, on provoque par ce simple changement de voie d'introduction des accidents de haute gravité et le plus souvent mortels. Si par exemple après avoir injecté du sérum simple de cheval sous la peau d'un lapin, on

injecte une seule goutte de ce même sérum dans le cerveau, l'animal succombe dans les quelques heures qui suivent, alors qu'une dose dix fois plus considérable injectée dans le cerveau d'un animal neuf le laisse indifférent. Loin de le prophylactiser, les injections préventives l'ont donc anaphylactisé. Et Nicolle vient de démontrer qu'il s'agit bien là d'une propriété d'ordre général, véritable toxhémie (*Annales de l'Institut Pasteur* 1907, p. 128), et de confirmer tout ce qui a été dit sur l'importance de ce changement de *voie d'introduction* du sérum, et sur l'espèce animale à laquelle appartient le sérum injecté.

Otto avait d'ailleurs démontré (*Das Theobald Schmitshsche Phönomen der Serum*, Sedenkschrift, I vol. 1906, p. 155) que si l'on injecte uniquement des toxines, le fait ne se produit pas; si au contraire on injecte lentement le sérum de cheval, l'anaphylaxie est d'autant plus considérable que la dose injectée est moindre. Mais l'hypersensibilité est à son maximum quand on injecte le sérum équin après l'action simultanée de ces deux facteurs, toxine et sérum.

En somme un sérum normal même sans mélange à une toxine injecté d'un animal à un autre peut rendre cet animal plus sensible à cette injection, et cette hypersensibilité peut aller jusqu'à la production d'accidents mortels.

Je vous prie d'excuser cette incursion un peu lointaine dans le domaine de l'expérimentation, mais toute l'histoire actuellement discutée du tétanos a pris origine dans la pathologie expérimentale; j'ai donc le droit d'invoquer ces expériences classiques, et j'en reviens maintenant à leur application. Dans quelle mesure ces phénomènes d'exaltation de toxicité sérique peuvent-ils être invoqués pour expliquer les résultats de nos observations.

L'injection de sérum antitétanique préventive ou curative peut-elle influencer le développement, l'évolution ou la symptomatologie d'un tétanos, et cela par l'*intermédiaire ou de la toxine* ou du *simple sérum équin*? Telle est la question que soulève en réalité l'anaphylaxie; je n'ai pas à la résoudre, mais après une discussion aussi large que celle qui vient de s'élever ici, j'avais le droit de la poser.

Il est possible cependant de remarquer quelques faits favorables à l'interprétation d'une action positive dans certains cas. A notre dernière séance, mon ami Rieffel nous citait l'observation, ou plutôt la longue et douloureuse odyssée d'une malade atteinte de tétanos et traitée par les injections *sous-cutanées*. L'effet n'était pas indifférent; chaque injection aggravait l'état de la patiente. Devant cet échec, notre collègue change alors sa voie d'introduction et fait une première, puis une deuxième injection *sous-arachnoï-*

dienne; des accidents de haute gravité suivent chaque injection avec une telle netteté qu'il abandonne le traitement.

Je pourrais vous citer un second exemple; j'ai vu il y a huit ans, à Lariboisière, un malade qui me fut amené en plein tétanos; les injections sous-cutanées de sérum antitoxique furent suivies à chaque fois d'une aggravation si nette des accidents que ma surveillante me supplia de ne plus continuer cette médication.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher ces faits des expériences sur l'anaphylaxie, et je crois que notre observation doit être dirigée de ce côté; c'est mon excuse de vous avoir entretenu de ces dondées encore à l'étude.

M. Schwartz. — Je désire m'inscrire parmi ceux qui ont foi dans les injections préventives antitétaniques.

Pierre Delbet. — M. le Président, la foi c'est ce que nous avons tous ; la certitude, c'est ce qui nous manque à tous.

M. Potherat. — C'est une observation analogue que je désirais présenter.

Dans un excellent esprit, M. Quénu a fait un résumé de nos débats, mais il y a ajouté une classification des orateurs que je ne puis accepter.

M. Quénu nous range en deux grands groupes : ceux qui ont *la foi* dans la vertu du sérum antitétanique et ceux qui n'ont *pas foi* dans cette vertu. Entre ces deux groupes, un petit cénacle de trois noms qui sont *incertains*. Cela n'est pas exact, à mon avis. Si je suis de ceux qui n'ont pas la foi, j'ai du moins à l'endroit du sérum une autre vertu, c'est l'*espérance*, et c'est parce que j'ai l'*espérance* que je pratique, ou fais pratiquer, systématiquement l'injection préventive de sérum antitétanique à mes blessés, dans mon service de l'hôpital Broussais et dans ma pratique. Mais la question n'est pas aussi simple que cela. Qu'avons-nous dit ici? Appuyés sur les faits cliniques, nous avons dit ceci : il nous est impossible d'affirmer que le sérum antitétanique ait une efficacité certaine contre le développement du tétanos à venir, ou pour assurer la guérison du tétanos confirmé. Or, je vous le demande, lequel d'entre nous ici a apporté cette preuve de l'efficacité certaine du sérum antitétanique en chirurgie humaine? S'il n'en est aucun, et c'est le cas, nous devons être rangés dans la même et unique catégorie, celle de chirurgiens espérant, par l'injection antitétanique, aider à la guérison de leurs blessés, mais se gardant bien de négliger les autres moyens propres à assurer cette guérison, nettoyage, asepsie et antisepsie, exérèse au besoin des foyers d'infection, et traitement par le chloral.

Et, puisque j'ai la parole, je voudrais faire encore une autre réflexion. M. Quénu vient de nous dire : Je fais faire une injection de sérum antitétanique à tous mes blessés. Je n'ai observé qu'un cas de tétanos, c'était l'année dernière. Ma surveillante interrogée m'affirme que ce blessé a été injecté. J'insiste, et, trois jours plus tard, elle m'avoue que le malade n'a pas été injecté. Quelle malchance ! Or, c'est justement ce malade qui prend le tétanos, alors qu'aucun cas n'a jamais éclaté parmi les autres malades qu'on n'avait pas omis d'injecter. Ce cas de M. Quénu s'ajoute aux cas déjà rapportés par nos collègues; il est survenu avec ceux-ci dans des conditions identiques: tous les blessés sont régulièrement injectés, pas de tétanos; un d'entre eux, par hasard, n'est pas injecté, celui-là prend le tétanos.

Mais je me fais cette réflexion : un de vos malades prend le tétanos, vous interrogez votre personnel, et vous apprenez que ce malade n'a pas été injecté. Mais êtes-vous bien sûr que tous vos autres malades que vous croyez avoir été injectés l'ont été réellement? Vous interrogez votre personnel, parce que votre malade devient tétanique, mais vous n'interrogez pas ce même personnel au sujet des autres malades qui ne deviennent pas tétaniques.

Ce n'est pas là une réflexion en l'air. Je fais faire, je vous l'ai dit, des injections préventives de sérum antitétanique. Or, il y a quinze jours, frappé des remarques ici faites par plusieurs d'entre vous, et songeant que des négligences peuvent autour de nous se produire et nous échapper, en faisant la visite dans mon service je m'arrêtai devant un malade atteint de plaies contuses, admis dans mes salles depuis plusieurs jours, et auquel, le lendemain de son entrée, j'avais formellement prescrit une injection de 10 centimètres cubes d'antitoxine. Je demandai s'il avait reçu l'injection prescrite ; il ne l'avait pas reçue ; il n'avait pas, il n'a pas eu et vraisemblablement il n'aura pas le tétanos. Mais je me demande si cette omission ne se répète pas plus souvent que nous ne le croyons, et si, lorsque nous découvrons qu'un tétanique n'a pas reçu d'injection préventive, s'il est bien réellement l'unique blessé qui n'a pas été injecté. C'est à cela que se borne la remarque que je désirais faire ; pas besoin d'ajouter qu'elle ne comporte aucun blâme contre personne, et que je n'ai en vue que le seul intérêt de la vérité scientifique.

M. Thiéry. — Je m'associe aux réserves de mon collègue Potherat et je pense qu'un bon moyen pour se rendre compte de la quantité d'injections faites serait de se faire donner le chiffre des flacons de sérum consommés chaque mois.

M. Guinard. — Je craignais, en présentant le malade qui a été le point de départ de cette discussion, qu'il n'y eût là qu'un fait trop banal pour lui faire les honneurs de cette tribune. Maintenant, je me félicite, puisque grâce à cette présentation, nous avons pu connaître l'opinion de la majorité des membres de la Société de chirurgie. Je me range parmi ceux qui font toujours des injections préventives pour les plaies suspectes. Je puis ajouter aux dix cas dont parlait M. Legueu un onzième cas tout à fait semblable observé dans le service de M. Peyrot. Pour ne pas prolonger cette discussion, permettez-moi de résumer sous forme de conclusion pratique l'impression qu'elle m'a faite :

Comme jusqu'ici tout est sujet à discussion sur les effets possibles du sérum antitétanique; comme le seul point qui ressort nettement de la discussion, c'est l'innocuité des injections de sérum antitétanique ; enfin, comme personne ne nous a indiqué un traitement particulier, préventif ou curatif du tétanos, je conclus que pratiquement, dans l'état actuel de la science, il est sage d'user le plus possible du sérum comme préventif, d'en user aussi, dès qu'on voit un malade atteint de tétanos, et de ne pas négliger concurremment le traitement bien connu par les hautes doses de chloral et de bromure, par l'isolement dans l'obscurité et le silence, les enveloppements ouatés, etc...

J'ajouterai que si, après ce traitement par cette sorte de thériaque médico-chirurgicale, le malade arrive à la guérison, je ne serai encore pas très sûr que le traitement y est pour quelque chose.

Rapport.

Sur un cas de mucocèle ethmoïdal, par le Dr E.-J. Moure (de Bordeaux).

Rapport par M. Pierre Sebileau.

M. Pierre Sebileau. — Le mucocèle ethmoïdal (dilatation d'une cellule ethmoïdale par le mucus venu des cellules caliciformes et des glandes mucogènes de la muqueuse qui en tapisse les parois) est une maladie assez rare, ou, tout au moins, une maladie assez rarement observée. Il est, en effet, possible que le petit volume sous lequel elle se présente d'habitude la fasse confondre avec un petit myxome des fosses nasales ou bien avec une hypertrophie

polypoïde de la muqueuse pituitaire, qu'elle soit ouverte par la petite opération dirigée contre l'une ou l'autre de ces deux affections et guérisse ainsi, sans avoir été jamais diagnostiquée.

On ne saurait en dire autant des gros mucocèles ethmoïdaux qui ne peuvent échapper à l'examen clinique. Ceux-ci sont rares en réalité et c'est pour cela qu'il y en a peu d'observations publiées. Je n'en ai vu, pour ma part, que deux cas : l'un m'a été présenté par mon élève le Dr Paul Gibert, qui était alors assistant à la clinique des Quinze-Vingts et qui en a depuis publié l'observation dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1); l'autre, qui m'est venu également des Quinze-Vingts — avec la recommandation de mon confrère le Dr Valude, — a été opéré sous ma direction par mon interne d'alors, Guisez, qui en a fait le sujet d'un court article dans ce même journal des « *maladies de l'oreille et du larynx* » (2).

C'est, en effet, une chose assez ordinaire que les patients atteints de mucocèle ethmoïdal s'adressent à l'oculiste plutôt qu'au rhinologiste. Il y a deux raisons à cela que Sieur et Jacob (3) ont parfaitement mises en lumière : la première, c'est que les cellules ethmoïdales antérieures, celles où le mucocèle paraît se développer de préférence, sont séparées seulement de l'orbite par la portion la plus fragile de la lame papyracée, qui se laisse effondrer et pénétrer, refouler ou résorber, avec une grande facilité, ce qui permet à la tumeur d'envahir la cavité orbitaire et de subluxer le globe oculaire; la seconde, c'est que, parmi ces cellules antérieures, il est un groupe, celui des cellules de la gouttière unciformique, qui encercle presque complètement (sauf en avant et en dehors) le sac lacrymal et affecte avec lui des rapports si intimes que les affections qui frappent ces cellules déterminent très souvent des troubles du côté de l'appareil évacuateur des larmes (rétention et larmoiement, infections dacryocystiques).

C'est précisément une observation de ce genre que vous a présentée M. Moure (de Bordeaux). Elle a trait à un jeune homme de dix-huit ans qui se présenta à lui avec une obstruction totale de la narine gauche et une gêne de la respiration nasale à droite. La racine du nez avait grossi, s'était étalée, affaissée sur elle-même. Les os propres du nez, celui du côté gauche surtout, paraissaient soulevés; ils étaient écartés l'un de l'autre par une

(1) Paul Gibert. Mucocèle des cellules ethmoïdales antérieures. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1903, n° 3, p. 256.

(2) Guisez. Mucocèle ethmoïdale à forme et à développement tout à fait insolites. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, février 1904, p. 152.

(3) Sieur et Jacob. *Rech. an. et clin. sur les fosses nasales et leurs annexes*, p. 250 et suivantes, chez Rueff, Paris, 1901.

tumeur rénitente qui faisait saillie dans la région orbito-unguéale où elle déterminait une légère exophtalmie externe sans aucun trouble ophtalmoplégique ni épiphorique.

Avec le spéculum, on apercevait dans la fosse nasale gauche, à environ 2 centimètres du vestibule, venant des régions élevées, une tumeur lisse, de coloration rougeâtre, sillonnée de quelques vaisseaux, donnant assez bien l'aspect d'un prolongement de fibrome naso-pharyngien. Le méat inférieur était libre et un stylet imprégné d'une solution cocaïnée et adrénalisée pénétrait assez aisément jusqu'au naso-pharynx; la cloison était refoulée du côté droit, surtout vers la partie supérieure, empêchant ainsi l'inspection de la fosse nasale droite qu'elle rétrécissait notablement dans le haut. La tumeur paraissait complètement immobile.

L'examen rhinoscopique postérieur ne décelait pas de prolongement naso-pharyngien; le naso-pharynx était absolument libre, et le doigt pénétrait aisément dans l'orifice choanoïde sans toucher le néoplasme.

L'épreuve de la transillumination des sinus frontaux et maxillaires indiquait qne le néoplasme n'avait pas pénétré dans leur cavité.

En présence de ces différents symptômes, M. Moure, ayant éliminé successivement le diagnostic de fibrome naso-pharyngien et de myxome des fosses nasales, de dilatation de la bulbe ethmoïdale et d'épithélioma de la pituitaire, pensa qu'il avait affaire à un sarcome de la région antérieure du labyrinthe ethmoïdal et en décida l'extirpation.

Il mit en œuvre, à cet effet, le procédé que je vous ai décrit il y a quelques mois, en vous présentant une petite malade que j'avais récemment opérée d'un enchondrome des fosses nasales : mise à nu et résection de l'os propre du nez, de la branche montante et de l'unguis, après décollement du canal lacrymo-nasal.

Après avoir constaté que les os propres du nez étaient usés par la pression de la tumeur et que l'unguis était traversé par un prolongement de celle-ci, M. Moure, au moment où il sectionna la branche montante, vit s'écouler de la fosse nasale un liquide filant, colloïde, muqueux, d'aspect gris jaunâtre, qu'il retira en assez grande abondance de la poche. Il ne poussa pas plus loin la résection ethmoïdale qu'il s'était proposé de réaliser et, ayant curetté la cavité, il la remplit de gaze iodoformée et referma la plaie tégumentaire, en laissant le drainage s'effectuer par le nez.

Au cours de l'opération, il avait pu faire les constatations suivantes :

« La cloison nasale était non seulement refoulée, mais perforée à sa partie supérieure, sur une surface ayant environ le diamètre

d'une pièce de 1 franc, par un prolongement du néoplasme qui faisait hernie dans la narine droite. La tumeur consistait en une poche assez épaisse revêtue d'une coque osseuse tapissée de muqueuse; elle était traversée de loin en loin par des travées osseuses incomplètes recouvertes aussi de muqueuse épaissie, vestiges de cellules ethmoïdales en grande partie détruites. La poche avait les dimensions d'un œuf de poule. »

Les suites opératoires furent simples; la plaie guérit par première intention; la fosse nasale, au fond de laquelle se formèrent quelques croûtes, ne tarda pas à se rétrécir, et le malade quitta l'hôpital au bout d'un couple de semaines, en bon état.

Voici, sur ce cas de mucocèle ethmoïdal, les documents fournis par l'histologie :

« La paroi de la poche comprenait trois couches : une couche épithéliale, une couche fibreuse et une lame osseuse.

« L'épithélium était tantôt cylindrique, de revêtement banal, tantôt aplati et étiré, tantôt enfin formé de cellules muqueuses.

« La lamelle osseuse était en voie de résorption en certains points, par l'intermédiaire de cellules macrophages ou ostéoclastes.

« Le contenu était constitué de mucus pur, avec quelques rares leucocytes. »

Telle est l'intéressante observation que vous a communiquée M. Moure.

Il n'y a point à s'étonner qu'il ait commis, dans ce cas difficile, une erreur de diagnostic. Le mucocèle ethmoïdal, comme je le disais au début de ce rapport, n'est pas seulement une affection rare, c'est encore une affection d'allure ordinairement plus modeste.

La tumeur de la patiente qui a été opérée dans mon service par Guisez avait le volume d'une amande; celle de la malade dont Gibert a publié l'observation contenait trois dés à coudre de liquide. Et c'étaient déjà de gros mucocèles ethmoïdaux! Ils ne dépassent ordinairement pas le volume d'un haricot.

C'est l'accroissement assez rapide de la tumeur, ce sont surtout les déformations extérieures, l'usure et la déviation des os propres et de l'unguis qui ont conduit M. Moure à l'erreur de diagnostic, et il n'est pas niable que c'était là de bonnes raisons de se tromper. L'élargissement de la racine du nez, l'écartement des os propres, sont, en effet, presque toujours fonction du développement, dans la partie supérieure des fosses nasales, de néoplasmes de mauvaise nature. On les a cependant observés quelquefois au cours de l'évolution de gros fibro-myxomes et de

Ponthière (1) en a publié naguère une intéressante observation.

Je ne puis que louer M. Moure, étant donné surtout le diagnostic qu'il avait porté, de n'avoir pas tenté l'extirpation de cette tumeur par les voies naturelles. Même au cas où il aurait eu la pensée qu'il s'agissait d'un simple mucocèle ethmoïdal, j'approuverais encore sans réserve les critiques qu'il adresse à l'opération par la voie vestibulaire. Une tumeur ethmoïdale qui n'est pas pédiculée, mobile, facilement accessible, visible et tangible, n'est pas justiciable de l'ablation par les voies naturelles; cette méthode devient, pour tout cas qui ne rentre pas dans cette catégorie, une méthode aveugle, qui conduit fatalement à une opération incomplète ou dangereuse.

J'approuve encore les conclusions de M. Moure quand il dit, contrairement à Guisez, qu'il faut ouvrir et détruire les mucocèles ethmoïdaux par le nez et les drainer par le nez, *sans drain*, plutôt que de les ouvrir et de les drainer par l'orbite *avec un drain*. Il y a là une indication si nette, si précise, si évidente, qu'elle me paraît au-dessus de toute discussion. Je me suis, du reste, expliqué de cela à propos de la cure radicale de la sinusite frontale et j'ai montré l'inutilité et le danger, on pourrait presque dire le non-sens, du drainage tégumentaire dans cette opération pourtant si simple et si facile à comprendre, quand on veut la juger comme on juge une opération de chirurgie générale.

M. Moure a donc sagement agi en pratiquant chez son malade l'ouverture ethmoïdale par la brèche para-latéro-nasale.

Mais ce procédé que M. Moure considère comme sien (2) et que les laryngologistes appellent aujourd'hui le « procédé de Moure » (3) n'est-il pas déjà un vieux procédé de chirurgien?

C'est ce que j'ai déjà examiné ici-même, devant vous, l'an passé, en vous présentant une jeune malade à qui j'avais pratiqué l'ablation d'un enchondrome de l'ethmoïde par la voie para-latéro-nasale (4). Je vous ai rappelé à cette occasion que Michaux (de Louvain) en 1843 et Legouest en 1865 avaient pratiqué chacun,

(1) K. de Ponthière. Un cas d'écartement des os propres du nez, causé par d'énormes et nombreux fibro-myxomes des fosses nasales. In *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1903, p. 253.

(2) Moure. Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde. *Rev. hebd. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 40 ct., 1902, n° 40, p. 401.

(3) Lermoyez. Un cas de cancer de l'ethmoïde. In *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx*, juillet 1904, n° 7, p. 1 et suivantes.

(4) Pierre Sebileau. Ablation d'un enchondrome de l'ethmoïde. *Bull. Soc. chir.*, 19 déc. 1905, t. XXXI, n° 36, p. 1082.

pour atteindre un fibrome nasopharyngien, une opération ayant avec celle qu'après Moure et après Lermoyez j'avais faite, les plus grands points de ressemblance.

Certes, l'incision cutanée de Michaux est un peu différente de la nôtre; certes, le procédé de Legouest n'est pas non plus entièrement superposable au nôtre, puisque celui-ci se servait de cisailles là où nous nous servons de pince-gouge et que, renversant le nez d'un côté et la paroi interne du sinus maxillaire d'un autre côté, il pratiquait une sorte de résection temporaire là où nous pratiquons une résection définitive et d'ailleurs nullement déformante; mais, enfin, c'est la même brèche, la même voie sur la même région. C'est la même idée réalisant le même résultat, idée qui inspira plus tard Michel (de Nancy) (1) et Heurtaux (de Nantes) (2), et fit exécuter à chacun d'eux une opération sensiblement pareille à celle de Legouest.

Cela n'enlève rien au service qu'a rendu Moure en remettant en honneur cette rhinotomie para-latéro-nasale si économique, si simple, si bénigne, donnant à peu de frais un si commode accès dans la fosse nasale, et en simplifiant le manuel opératoire de cette intervention qui, même avec la résection définitive, n'est ni mutilante, ni déformante.

Présentation de malade.

Orchidopexie.

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un nouvel exemple d'orchidopexie, par le procédé que je vous ai déjà très souvent décrit.

Le malade est âgé de cinquante-cinq ans. Il avait une ectopie inguinale superficielle. Testicule sorti de l'anneau et collé au devant de l'aponévrose du grand oblique.

L'opération a été pratiquée le 18 mars dernier, il y a donc un peu plus de deux mois.

Comme chez tous les autres malades que je vous ai présentés, vous pouvez vérifier la bonne situation, la mobilité absolue du testicule qui n'a aucune tendance à remonter.

(1) Michel (de Nancy), in *Th.* de Mathias Duval sur « Les procédés de section du maxillaire supérieur ». Nancy, 1869, n° 173, p. 54.

(2) Heurtaux (de Nantes). Note sur un cas de chondrome naso-pharyngien. In *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1877, t. III, p. 624.

M. GUINARD. — J'appelle l'attention sur le beau résultat que nous présente M. Walther. Le procédé qu'il a employé n'est pas assez connu et mérite, selon moi, d'être encore plus vulgarisé. J'ai eu il y a deux mois, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, une série de quatre ectopies testiculaires que j'ai opérées de cette façon. Le résultat est parfait. Toujours comme chez ce malade, le testicule ectopié est *plus bas* que le testicule sain et l'aspect des bourses est tout à fait normal.

M. WALTHER. — Je suis très heureux d'entendre mon ami Guinard nous donner ces renseignements sur les malades qu'il a opérés.

Les résultats qu'il a obtenus sont, je crois, constants.

Voici plus de sept ans que j'emploie ce procédé d'orchedopexie, et j'ai revu à peu près tous mes opérés. J'ai toujours constaté après plusieurs mois, après plusieurs années, cette mobilité parfaite du testicule, cette souplesse et cette liberté complète du cordon qui tiennent à ce que ce cordon n'est fixé par aucun point de suture et qu'il est au contraire constamment soumis à la traction élastique de la cloison.

J'ai toujours vu, et j'y ai insisté à plusieurs reprises dans mes présentations, que le testicule abaissé est situé *au-dessous* et en dedans du testicule sain. M. Guinard a fait chez ses opérés la même constatation.

M. LENORMANT. — *Double fracture de l'olécrâne traitée par le massage.* (M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, rapporteur.)

Présentation de pièce.

Rupture traumatique du rein. Néphrectomie.

M. LUCIEN PICQUÉ. — *Le dimanche* 19 *mai* 1907. H..., Henri, trente-deux ans, pompier volontaire, est amené dans mon service à la suite d'une chute du 1er étage au cours d'exercices d'incendie. Le malade n'a pas perdu connaissance et à l'examen on constate au premier abord des éraflures, à la joue droite; contusion du poignet du bras gauche. Rien du côté du crâne.

Le malade accuse une douleur dans la région rénale, *à droite*, avec défense musculaire très nette. On a néanmoins la sensation

d'un empâtement profond, ne dépassant pas en bas la ligne menant de l'épine iliaque *à l'ombilic*. Rien du côté de la fosse iliaque droite. L'examen de la colonne vertébrale est négatif.

Son pouls est bon (88 à 90). Sa *température* 36°8 à son arrivée.

A son entrée il rend 250 grammes d'une urine franchement hématurique. Les deux jours suivants les urines sont moins chargées de sang. A partir de ce moment le sang à disparu complètement. La quantité d'urine ne dépasse pas 850 grammes par jour.

Mardi 21 *mai*, vers trois heures de l'après-midi, les douleurs spontanées sont devenues plus vives.

La nuit est agitée; quand je vois le malade, ce matin, la température est de 38°3. La tuméfaction n'a pas augmenté mais la sensibilité à la pression a notablement augmenté.

Je me décide alors à pratiquer une incision exploratrice.

Devant les lésions que je constatai, et que vous pouvez vérifier sur la pièce, je pratiquai la néphrectomie.

A l'examen, vous verrez sur la face postérieure du rein trois déchirures profondes, partant du hile et s'écartant en éventail.

Le point qui me paraît intéressant est l'existence d'une nécrose rapide, se présentant sous forme de trois foyers, l'un situé sur le pôle supérieur et les deux autres entre les deux déchirures. L'une d'entre elles commence à envahir la face antérieure du rein.

Il y a là une intéressante confirmation des études de Gérard et Destot, de Lyon, de Mac Brödel, de Baltimore, et surtout des recherches que mon élève Grégoire a publiées en 1906 dans un mémoire des Bulletins de la Société anatomique et qui démontrent l'absence de la voûte artérielle rénale et l'indépendance de départements vasculaires du rein.

Hydronéphrose intermittente par malformation du bassinet.

M. Bazy. — Je crois que l'hydronéphrose intermittente par rein mobile a vécu. Le dernier coup lui a été porté par MM. Duval et Grégoire dans leur rapport remarquable sur la pathogénie et le traitement de l'hydronéphrose au dernier Congrès d'urologie.

Il n'est néanmoins pas inutile d'apporter des pièces qui puissent contribuer à faire disparaître cette erreur.

Voici une moitié d'un rein *gauche* que j'ai enlevé il y a cinq jours à une femme de trente-six ans.

Comme vous le voyez, l'uretère s'ouvre à la partie supérieure d'un de ces bassinets, que j'ai appelé extérieurs, et il n'existe pas de

rétrécissement au niveau de l'embouchure de l'uretère dans le bassinet, comme cela peut arriver.

Pendant l'opération, nous avons trouvé des particularités intéressantes et qui ont modifié ma conduite opératoire.

J'avais, en effet, pensé pouvoir faire une urétéro-pyélo-néostomie, mais devant les lésions que j'ai constatées, j'ai cru ne pouvoir faire que la néphrectomie.

En effet, dès que le rein fut mis à découvert, je vis et sentis un bassinet épaissi, et cet épaississement était surtout développé à la partie supérieure.

Or, dans ce point s'abouchait l'uretère, que je pus trouver et suivre à la partie interne du bassinet, recouvert par un voile membraneux.

Cet uretère semblait s'enfoncer ainsi dans le bassinet; pour le dégager complètement, je dus disséquer et enlever une membrane très épaisse gélatiniforme par places, ce qui indiquait qu'il y avait un travail inflammatoire actuellement en voie d'évolution.

(Je pris un fragment de cette membrane et fis mettre en culture; le bouillon est stérile).

D'autre part, l'uretère était très rétréci, très adhérent; en l'incisant pour faire l'abouchement, je pus me convaincre qu'une bougie n° 5 y entrait à frottement.

J'ai craint dans ces conditions que la suture ne tînt pas, que le travail inflammatoire ne vînt à oblitérer le conduit au niveau de la suture.

C'est pourquoi j'ai fait la néphrectomie.

Grossesse extra-utérine ovarienne.

M. Michaux. — J'apporte à la Société de chirurgie une pièce que je crois intéressante de grossesse extra-utérine ovarienne que j'ai extraite ce matin par ovariotomie unilatérale du ventre d'une jeune femme entrée dans mon service depuis quelques jours.

On peut voir sur cette pièce la trompe épaissie, tout à fait fermée à son orifice, et un gros ovaire d'où s'est échappé au moment du décollement une masse liquide jaunâtre du volume d'un énorme grain de raisin dans lequel on aperçoit très nettement une petite masse rose que je crois être un embryon.

Je puis me tromper. Je ne le crois pas. La pièce sera d'ailleurs, bien entendu, examinée histologiquement.

Je rappelle à la Société qu'une fois déjà j'ai présenté, il y a une dizaine d'années, une pièce de grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale dans laquelle l'œuf, tout à fait analogue à un grain de raisin, était appendu à la frange tubo-ovarienne.

Ce fait m'a paru digne de votre attention.

Kyste hématique du sein.

M. Michaux. — La pièce de kyste hématique du sein que je vous ai présentée à la dernière séance a été examinée histologiquement par M. le Dr Mauté, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon.

Il s'agissait bien comme je l'avais indiqué, d'un *épithélioma papillaire à cellules cylindriques avec grosses hémorragies.*

Présentation d'instrument.

Dispositif destiné à maintenir la valve sus-pubienne dans les laparotomies.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un dispositif destiné à maintenir la valve sus-pubienne dans les laparotomies sus-ombilicales. Je l'ai fait construire par Guyot sur la table duquel il s'adapte comme sur toutes les tables qui ont des supports pour maintenir les cuisses. Il suffit d'adapter un petit crochet sur chacun des deux supports. Sur ces crochets sont introduits les deux orifices de deux branches articulées sur une pièce qui porte un petit tenon, et sur ce tenon vient se fixer la valve à l'aide de trous pratiqués sur le manche de la valve.

Cet appareil a comme avantage d'abord d'éviter toute infection en le plaçant, car il se pose une fois les champs disposés. De plus, que la femme soit petite et maigre ou grande et forte, la valve reste toujours en bonne situation, car les supports sur lesquels elle s'adapte montent et descendent suivant le volume de l'opérée et maintiennent toujours la valve dans le même plan, par rapport au bassin.

Élection.

MOMINATION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Votants : 37.
Majorité : 19.

M. Morestin. . . . . 33 voix.
M. Souligoux . . . . 4 —

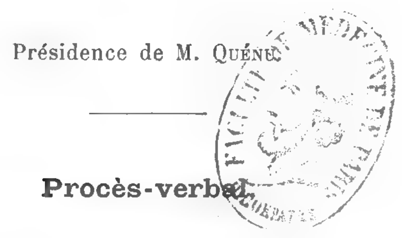
M. Morestin est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,
Chaput.

Paris — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 MAI 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Une note de M. le Dr F. BRAULT (d'Alger), membre correspondant de la Société, intitulée : *Note à propos des bubons climatériques.* (Sera publiée).

Lecture.

Note à propos des bubons climatériques,

par M. J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Les bubons dits « climatériques », sur lesquels M. Fontoynont est revenu dans une des dernières séances de la Société, peuvent être très souvent observés dans les villes du Tell algérien.

Ces bubons qui existent à l'état exceptionnel en France, tran-

chent par leur fréquence dans certaines de nos garnisons du Nord-Afrique; lorsque j'avais un service à l'hôpital militaire du Dey, j'en ai opéré un très grand nombre; je les retrouve avec un peu moins de fréquence actuellement, dans ma clinique civile de l'hôpital de Mustapha, soit chez des Européens, soit chez des indigènes.

Autrefois, je me suis occupé longuement et dans plusieurs mémoires (1) de l'étiologie (infections banales simples ou associées aux infections vénériennes) (2), de l'anatomie pathologique (3) (foyers multiples intraganglionnaires à pus stérile, ou contenant des espèces banales très atténuées), de l'évolution clinique (forme subaiguë, forme prolongée, forme retardée), de la thérapeutique (extirpation) (4), de ces sortes d'adénites si distinctes des adénites tuberculeuses et qui m'avaient vivement frappé, durant mes premières années de séjour en Algérie (5).

Pour mon compte, d'après ce que j'ai vu et aussi de ce que j'ai lu, depuis que je m'occupe plus particulièrement de pathologie exotique, je ne saurais faire de différence entre les bubons « climatériques » des auteurs anglais et allemands, et les adénopathies subaiguës de l'aine, telles que celles qui ont été décrites par M. Nélaton dans la *Semaine médicale* en 1889, et dans la thèse de son élève M. L. Hardy en 1895.

Mais ce qui est, je le répète, l'exception dans les pays tempérés, se montre avec une assez grande fréquence à certains moments, dans certaines régions de nos colonies, où l'on trouve une gamme assez variée au point de vue évolutif (6).

Pour en revenir à l'Algérie, que je vise seule dans cette courte note, je sais que dans ces dernières années les médecins militaires

(1) J. Brault. Bubons froids d'origine banale. *Lyon médical*, 26 mai 1895; *Semaine médicale*, 30 septembre 1896, *in* Adénites inguino-crurales d'origine infectieuse banale. *Archives générales de médecine*, mars 1899 : Les infections lentes et atténuées. Société de dermatologie, 11 février 1897. *Thèse* de Létot, Montpellier, 1902. *Thèse* de Chavannes, Lyon 1902.

(2) En raison du développement parfois très lent, il est souvent difficile de retrouver la porte d'entrée.

(3) Gros, friables, d'un rouge foncé, tels sont les ganglions, farcis parfois d'abcès miliaires; les lymphatiques sont épaissis et très dilatés.

(4) Lorsque la compression a échoué, le seul mode de traitement est l'extirpation, qui ne doit pas être trop différée, en raison de la possibilité d'accidents éléphantiasiques qui surviennent quand les ganglions sont devenus trop malades ou quand on est obligé de se livrer à des extirpations trop radicales.

(5) Les adénopathies doubles sont plus rares; j'en ai cependant rencontré un certain nombre où les chaînes ganglionnaires verticales et transverses étaient prises.

(6) Ce sont ces divers types qui expliquent les divergences dans les descriptions.

qui m'ont succédé à l'hôpital du Dey (1) ont été à leur tour frappés par les caractères et la fréquence, en quelque sorte épidémique, de cette variété d'adénite à type si spécial et à pus souvent stérile.

A l'occasion du procès-verbal.

Hydronéphrose intermittente.

M. Bazy. — Dans la dernière séance, je vous ai présenté une pièce de rein atteint d'hydronéphrose intermittente, et je montrais cette pièce pour montrer la malformation que je crois congénitale du bassinet qui détermina l'hydronéphrose et l'hydronéphrose intermittente.

Comme vous le voyez dans la figure ci-après, ce bassinet appartient à la catégorie de ces bassinets que j'ai appelés bassinets extérieurs, et l'uretère s'ouvre à la partie supérieure du bassinet.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans qui a eu sa première crise d'hydronéphrose il y a cinq ans.

Les dix premiers mois, à peu près trois crises par mois.

La malade va à Vichy et reste deux ans sans avoir de crises.

Depuis trois ans, la malade a eu quatre crises. A la fin des crises, la malade a des urines très chargées mais n'a jamais rendu de calculs. Toutes les crises se passent sans fièvre.

La malade n'urine pas pendant vingt-quatre heures environ avant la crise.

En dehors des crises, la malade a assez souvent des urines épaisses et des douleurs sourdes dans le flanc.

Au début de ses crises (il y a cinq ans), la malade a uriné du sang abondamment et souffrait vivement.

A la palpation, on trouve dans le flanc *gauche* une tumeur bilobée, ferme, élastique, avec un sillon la séparant en deux parties.

Elle déborde en dedans la ligne médiane et descend en bas au-dessous d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Elle est mobile et ne paraît pas remonter haut dans la cavité thoracique.

Elle subit l'influence des mouvements respiratoires.

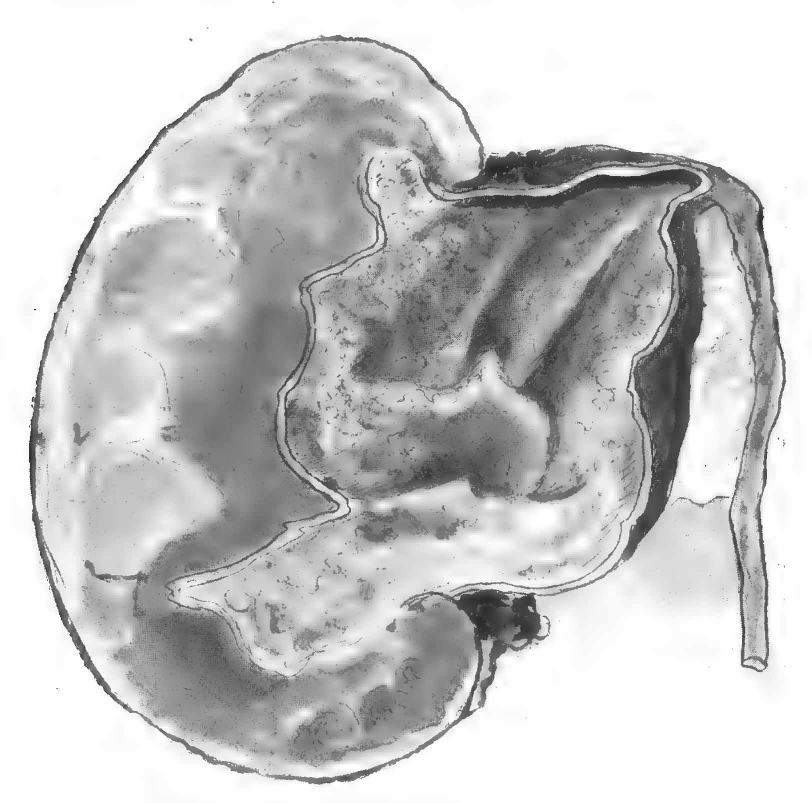
Elle prend nettement contact avec la fosse lombaire, où la pression est très peu douloureuse.

(1) Les mêmes constatations ont été faites à l'hôpital de Blidah.

La palpation de la région rénale droite provoque une douleur dans le rein gauche.

Le 15 mai, la malade a uriné 2.500 grammes, au lieu de 1.200 à 1.600 qu'elle urine normalement. La tumeur a beaucoup diminué de volume.

Le 17 mai, néphrectomie transpéritonéale.



Rein gauche. Segment antérieur de la coupe.

Le plan opératoire était une urétéro-pyélo-néostomie.

Les lésions que j'ai constatées m'ont conduit à faire la néphrectomie.

M. F. Legueu. — J'ai lu dans la communication de M. Bazy que notre collègue se servait de ce fait pour prouver qu'il n'y a plus d'hydronéphrose par rein mobile; sur ce point, l'opinion de M. Bazy me paraît contestable et je l'ai contestée autrefois.

Mais en ce qui concerne le fait actuel, je ne vois pas en quoi il vient prouver que le rein mobile ne cause pas l'hydronéphrose. Le

fait de M. Bazy concerne une de ces hydronéphroses qu'on peut interpréter comme l'on veut, et dans laquelle chaque théorie trouverait des arguments pour se défendre.

Mais cela ne prouve pas, je le répète, que dans le rein mobile il n'y ait pas d'hydronéphrose.

M. Bazy. — Je ne veux pas reprendre les arguments que j'ai donnés autrefois et à plusieurs reprises ici contre l'hypothèse de l'hydronéphrose *par* rein mobile.

Etant donnée l'excessive fréquence du rein mobile à droite et chez la femme, on devrait n'observer d'hydronéphrose intermittente qu'à droite et chez la femme.

Or, on en voit chez l'homme, chez des enfants, et à gauche au moins aussi souvent que dans les conditions opposées.

M. Pierre Delbet. — Sans discuter la pathogénie des hydronéphroses intermittentes, je veux seulement faire remarquer que la pièce de Bazy pourrait être interprétée tout autrement qu'il ne le fait. Un partisan de l'hydronéphrose par rein mobile pourrait très bien s'en servir pour soutenir sa manière de voir. Il pourrait dire en effet : le point d'insertion de l'uretère dans le bassinet était fixé par une artère anormale, par un tractus fibreux, par une adhérence ou par toute autre cause. Le rein s'est abaissé. L'abouchement de l'uretère dans le bassinet n'ayant pu le suivre, il en est résulté une coudure. Cette coudure a apporté un obstacle à l'écoulement de l'urine, de là la dilatation en amont, l'hydronéphrose, et c'est consécutivement sous l'influence de l'accumulation de l'urine que la partie inférieure du bassinet s'est dilatée en poche. Ainsi cette pièce pourrait très bien servir à démontrer le rôle de la mobilité du rein dans la production de l'hydronéphrose.

M. Bazy. — Je ne veux pas abuser de la patience de la Société : il suffit de regarder en même temps les autres figures pour voir que l'hypothèse de M. Delbet ne peut pas s'appliquer à ce cas.

M. Pierre Delbet. — L'insertion de l'uretère sur le bassinet n'est pas remontée. La partie supérieure du bassinet telle qu'elle est représentée sur les dessins que nous présente Bazy est plus longue que celle du bassinet normal. Si le rein était à sa place et que cette partie supérieure fût oblique au lieu d'être horizontale, l'uretère serait en bonne position. Ce qui lui donne l'air d'être remonté, c'est la dilatation en poche de la moitié inférieure du bassinet.

Discussion.

Appendicite et traumatisme.

M. A. Guinard. — Le rapport de M. Picqué sur les relations du traumatisme avec l'appendicite a trait à une question fort importante à plusieurs points de vue. Je désire vous soumettre ici quatre observations qui peuvent apporter quelque lumière dans le débat, et donner à mon ami M. Picqué les renseignements complémentaires qu'il me demande. La conclusion à laquelle tous les orateurs se sont ralliés est en somme celle de MM. Jeanbrau et Anglada, que M. Picqué accepte aussi :

« L'accident ne crée pas l'appendicite.

« La crise survenue après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Celui-ci amorce une poussée aiguë chez un appendiculaire avéré ou latent, il réveille ou aggrave l'appendicite, il ne la produit pas. » (P. 329.)

La question est nettement posée, et non moins nettement résolue. Je demande à faire des réserves, que mes quatre observations personnelles me semblent légitimer, mais je ne me dissimule pas que je vais être seul de mon avis.

M. Picqué a cité ma première observation qui concerne un jeune homme de dix-huit ans, dont j'ai parlé dans mon article du *Traité de Chirurgie*. Après avoir reçu un coup de pied de poulain dans la fosse iliaque droite, il eut, deux mois après, une crise d'appendicite, puis, six mois après, une seconde, et je l'opérai au bout de deux ans, après une troisième crise. M. Picqué me demande « si ce malade n'était pas un appendiculaire *latent* au moment du traumatisme ». Je ne peux savoir qu'une chose, c'est qu'il n'avait jamais eu aucun symptôme d'appendicite chronique avant l'accident, et qu'il n'a eu une première crise d'appendicite que deux mois après. Au moment de l'accident, il est resté cinq jours au lit avec des cataplasmes sur le ventre, sans vomissements ni fièvre; c'est tout ce que j'ai pu savoir, ne l'ayant pas vu à cette époque. Son appendice, deux ans après le traumatisme, et après trois crises, était turgescent, rigide, avec une muqueuse boursouflée et ecchymotique, comme dans les appendicites banales, et M. Picqué attribue ces lésions non pas au traumatisme mais aux crises d'appendicite qui l'ont suivi. Je suis complètement de son avis, mais la question est de savoir si *le traumatisme n'est pas pour quelque chose dans la production de ces crises.* Et comme l'a très bien dit M. Potherat, toute la question est là.

Une seconde observation, presque semblable à la précédente, m'a laissé encore perplexe, et, survenant dans ma pratique après la première, m'a fait penser que le traumatisme pouvait peut-être, *dans quelques occasions à spécifier*, jouer un rôle *initial* dans la genèse des infections appendiculaires.

Un garçon de douze ans, au mois d'août, sur la plage de Berck-sur-Mer, tombe d'un âne et reçoit, sous mes yeux, un coup de pied d'âne dans le ventre. Je ne constate, sur le moment, aucune lésion de la paroi abdominale et, comme il y avait eu une syncope, un vomissement alimentaire, de la pâleur, etc., je conseille aux parents de laisser l'enfant une huitaine de jours au lit.

J'avais oublié cet incident, lorsqu'en novembre je suis appelé à Paris auprès de cet enfant, qui avait une crise légère d'appendicite. J'interrogeai alors avec soin les parents, qui m'affirmèrent n'avoir jamais vu chez leur fils aucun symptôme abdominal. Il avait eu « une bronchite » en rentrant à Paris en octobre, mais n'avait jamais été malade auparavant. La crise était bénigne, et lorsque la défense musculaire du premier jour eut disparu sous la glace, je pus me convaincre qu'on ne sentait aucun empâtement dans la fosse iliaque. Huit jours après, l'enfant reprenait ses études. Au bout de quatre mois, nouvelle crise semblable à la première. Cette fois je conseillai formellement l'opération à froid, et j'enlevai l'appendice à la Maison de santé, au mois de mars suivant (1902). L'appendice était pris dans des adhérences qui le fixaient à la paroi postéro-interne du cæcum. Il avait le volume d'un petit crayon, et ses parois étaient vascularisées. Sa cavité était vide, et la muqueuse était rouge et enflammée par plaques, comme dans une appendicite banale.

J'en étais là de ma pratique, ne sachant trop que penser des relations qu'il pouvait y avoir entre le traumatisme et ces crises d'appendicite, lorsque cette année même je fis une erreur de diagnostic qui me paraît jeter quelque lumière sur cette question.

Le 4 janvier 1906, on m'amène, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un garçon de dix-neuf ans, Édouard G..., avec le diagnostic d'appendicite. Ce malade nous raconte qu'il y a quinze jours, il est tombé d'une hauteur de 2 mètres et a eu aussitôt après sa chute une vive douleur dans le flanc droit; il pense qu'il s'est violemment heurté le ventre avec le coude en tombant. Depuis ce temps-là, il est au lit, sans fièvre, ni vomissements, mais avec de la douleur dans la fosse iliaque. A la palpation, la paroi se défend; mais on sent un gâteau empâté, et je diagnostique une crise d'appendicite. Les jours suivants, la tuméfaction ne diminuant pas sous la glace, j'interviens le 24 janvier, pensant évacuer une collection que je croyais purulente, bien qu'il n'y eût pas de

fièvre, et qu'elle eût le volume de deux poings. A ma grande surprise, je tombe sur un énorme hématome. Au milieu de cette masse de caillots noirs, je trouve l'appendice et je l'enlève. Il n'était nullement malade : à la coupe, je trouve la muqueuse absolument normale, et pas trace de liquide ou de matières fécales dans sa cavité. Guérison.

Et alors, je rapproche cette observation des deux premières, et je me demande ce qui serait arrivé si je n'étais pas intervenu. Cet hématome se serait résorbé peu à peu, sans doute; mais qui sait si ultérieurement l'appendice n'aurait pas été modifié dans ses rapports avec le cæcum ? Qui sait si à la suite d'un traumatisme il ne peut pas survenir des adhérences qui fixent le vermium, ou le coudent, ou l'étranglent plus ou moins et le mettent, alors qu'il était sain avant l'accident, en état de moindre défense contre une infection ?

Ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue quand nous voyons survenir des accidents d'appendicite chronique après une laparotomie?

Voici entre mille une malade qui entre dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, le mois dernier, pour une appendicite chronique fort douloureuse. Elle porte sur l'abdomen une très belle cicatrice résultant d'une laparotomie que lui a faite M. Bazy, il y a dix ans, pour une annexite double. Il est probable que si cette opération était plus récente, il n'y aurait pas d'appendicite, pour la bonne raison que M. Bazy, comme la plupart d'entre nous, aurait du même coup enlevé l'appendice. J'ai trouvé l'appendice englobé dans des adhérences et rempli de matières fécales liquides qui y séjournaient indûment en raison de ces adhérences.

Je ne dirai pas que l'opération de M. Bazy a donné une crise d'appendicite, ce qui serait absurde ; mais est-il téméraire de penser que les adhérences péritonéales consécutives à la laparotomie sont pour une bonne part la cause de la stagnation des matières dans le vermium, et de l'infection folliculaire consécutive de la muqueuse appendiculaire? Et si cela est vrai pour des lésions succédant à une opération abdominale, pourquoi n'en serait-il pas de même pour des lésions péri-cæcales produites par un traumatisme?

En d'autres termes, n'est-il pas permis de penser que si le traumatisme ne saurait créer une appendicite, il peut dans quelques cas y prédisposer indirectement, en fixant en mauvaise position l'appendice et en le mettant en état de réceptivité pour les infections communes?

Cela est une hypothèse, dira-t-on. Mais elle me paraît plus satisfaisante que celle qui consiste à dire : le blessé avait une appendicite latente.

Pour les deux faits que je viens de citer avant ce dernier, mon hypothèse paraît vraisemblable. Mais pour les *crises* d'appendicite survenant immédiatement après le traumatisme, il en va tout autrement. Je ne parle même pas de ces malades que nous a cités M. Sieur : Ce sont des sujets atteints d'appendicite chronique qui ont une crise à la suite d'exercices plus ou moins violents, gymnastique, équitation, danses échevelées, etc... Nous avons tous vu une crise d'appendicite survenir à la suite d'un long trajet en chemin de fer et même pendant ce trajet.

Je citerai au hasard de mes souvenirs ce fonctionnaire de l'Assistance publique qui, ramenant des enfants de Berck à Paris, fut pris à Amiens de violentes douleurs abdominales : on l'apporte à Lariboisière à l'arrivée du train et il meurt le lendemain d'une crise aiguë d'appendicite.

Voici un Anglais qui, venant de Marseille à Paris, est pris vers Dijon, dans le train, d'une crise suraiguë pour laquelle je l'opère à son arrivée et qui le tue en trois jours. Son appendice était sphacélé et perforé. Voici enfin un jeune homme qui l'an dernier prit part à la grande course d'automobiles, le circuit d'Auvergne, et qui après la course revint à Paris en automobile. A son arrivée il se fait conduire au Hammam, et là il est pris de vives douleurs abdominales; je suis appelé, ainsi que M. Monod, et l'opération me montre un appendice sphacélé avec une péritonite généralisée. Ces deux derniers malades avaient de volumineux coprolithes dans le canal appendiculaire, et tous les trois étaient notoirement atteints d'appendicite chronique.

Mais ces faits, à rapprocher de ceux de M. Sieur, ne sont plus dans la question, comme l'a dit M. Potherat.

J'y reviens avec une dernière observation.

Le 25 octobre dernier, entre dans mon service de l'Hôtel-Dieu un homme de vingt-neuf ans, Antoine M..., tonnelier, qui quinze jours avant a subi un violent traumatisme de la fosse iliaque droite, en remuant une trop lourde charge. Il met tant d'insistance à nous répéter qu'il s'agit d'un accident du travail, que son patron est responsable, etc..., que j'entre aussitôt en défiance. Depuis l'accident il est couché, et à la palpation je trouve collée contre l'arcade crurale droite et au-dessus d'elle une masse dure et douloureuse sans fluctuation, du volume d'une grosse noix.

Trouvant une petite ulcération au niveau du frein du prépuce, je pensai qu'il s'agissait peut-être d'une adénopathie iliaque. Le fait est que l'état général était bon. Le pouls était à 90 et la température à 37°6 dans le rectum. J'avoue que je ne pensai même pas à l'appendice. Le 26 octobre, je fais une incision sur la tumeur le long de l'arcade crurale et, ouvrant ce que je croyais être un gan-

glion suppuré, je tombe sur un appendice sphacélé que j'enlève : sa cavité contenait un liquide noirâtre infect. (Drainage et guérison.) Le malade interrogé de nouveau ultérieurement est des plus affirmatifs ; jamais il n'a souffert du ventre avant son accident. Au fait, pourquoi un traumatisme portant directement sur l'appendice ne pourrait-il pas le contondre, l'écraser pour ainsi dire et le vouer à un sphacèle prochain ? Cela est assurément très exceptionnel à cause du petit volume de l'organe, « de sa vacuité, de sa mobilité et de sa situation », comme l'a dit M. Sieur. Mais je crois en vérité que c'est ce qui s'est passé chez mon malade. Seulement je n'appellerai pas cela « une crise d'appendicite » ; je dirai que le traumatisme a produit un écrasement ou un sphacèle de l'appendice : il y a une nuance.

Pour me résumer, le traumatisme selon moi peut agir de deux façons sur l'appendice *sain* :

1° Très exceptionnellement par action mécanique et contusion directe comme dans ma dernière observation ;

2° En provoquant une péri-appendicite, un hématome ou une réaction péritonéale qui englobe le vermium dans des adhérences et le met dans de mauvaises conditions pour résister ultérieurement aux infections qui provoquent habituellement l'appendicite.

Quant à savoir quelle influence des discussions de ce genre pourront avoir sur les magistrats et sur la jurisprudence, suivant les réflexions de notre collègue Demoulin, je pense que nous n'avons nullement à nous en préoccuper ici, où nous ne recherchons que la « vérité dans la science », et M. Picqué a été bien inspiré, selon moi, en réservant cette question à une autre enceinte.

M. Demoulin. — Guinard vient de rappeler la fière devise de notre Société, et s'appuie sur elle, pour me faire remarquer que le petit mot *médico-légal* que j'ai dit, dans la séance du 27 mars dernier, au sujet des rapports du traumatisme et de l'appendicite, n'aurait pas dû être prononcé, ici.

Je me permettrai de ne pas être de son avis. Certains d'entre nous, ont l'honneur d'exercer les fonctions d'expert près les Tribunaux ; ils ont fréquemment à résoudre ce difficile problème : « Quelle est la part du traumatisme dans l'affection qui vous est soumise ? »

Pour y répondre il faut être éclairé. Pour l'être, quoi de mieux à faire que de demander l'avis d'hommes expérimentés et instruits ? Quel inconvénient y a-t-il à leur dire que leur opinion, jouissant d'une légitime autorité, peut avoir une grosse influence sur les décisions qui seront prises, au sujet des accidentés du travail ?

Je crois que nous devons tenir compte des conditions sociales dans lesquelles nous vivons actuellement, et qu'il est bon que, quand nous étudions le rôle pathogénique du traumatisme, sur les affections chirurgicales qui ne paraissent pas en résulter directement, nous ne nous désintéressions pas des conséquences que peuvent avoir nos discussions, au sujet de l'application de la loi humanitaire sur les accidents du travail.

M. Tuffier. — Je crois, au contraire, que c'est dans notre enceinte que la discussion des rapports entre l'appendicite et le traumatisme doit être ouverte. Nous savons trop, actuellement, combien les accidents du travail sont facilement invoqués comme cause des maladies pour ne pas donner ici notre opinion. Je proteste absolument contre ceux qui voudraient voir une relation de cause à effet entre un traumatisme même abdominal et le développement de la maladie « appendicite » telle que nous le connaissons tous. L'écrasement de ce petit organe a trait aux contusions de l'intestin et pas du tout à l'appendicite.

M. Routier. — Je ne crois pas non plus à l'appendicite traumatique. L'appendice iléo-cæcal me paraît tout particulièrement placé pour éviter les traumatismes, et jusqu'au jour où on aura expérimentalement démontré la possibilité d'une contusion directe de l'appendice je continuerai à ne pas y croire.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher cette prétendue appendicite traumatique de ce qu'on a voulu appeler l'orchite traumatique ; or, celle-ci n'existe pas en dehors d'une infection du canal de l'urètre. Je rappelle ici les expériences de mon regretté maître Terrillon, j'ai pu cliniquement me convaincre dans mon ancien service à Necker que jamais le traumatisme n'avait pu déterminer une épididymite chez un individu sain. J'estime que pour l'appendice c'est la même chose.

M. Félizet. — M. Routier s'avance beaucoup en niant la possibilité de l'orchite frappant un testicule sain.

Le testicule — épididyme et glande séminale — peut être blessé dans l'exercice de l'escrime et l'inflammation peut suivre la blessure de l'organe. J'ai observé quatre ou cinq cas d'orchite traumatique, chez des tireurs exempts de blennorragie actuelle et d'induration épididymaire, conséquence soit d'une blennorragie passée, soit d'une manifestation tuberculeuse.

Je dois ajouter que j'élimine du cadre des orchites traumatiques dont nous parlons, les orchites produites, avec plaie du scrotum, par le tronçon du fleuret ou de l'épée.

Dans le cas de plaie du scrotum et de blessure directe de l'organe séminal, l'orchite serait une conséquence banale, souvent infectieuse, échappant à la comparaison de M. Routier.

M. Routier. — J'affirme que tous les malades dont parle M. Félizet et qui à la suite d'un coup de fleuret sur les bourses ont eu une orchite, avaient la blennorragie ou l'avaient eue, et n'en étaient pas à ce moment complètement guéris. L'orchite traumatique n'existe pas.

M. Quénu. — Je pense être l'interprète de la Société de chirurgie en disant que l'insuffisance des documents ne nous permet pas actuellement de formuler une proposition nette sur le rôle pathogénique du traumatisme dans l'appendicite.

Je propose donc de remettre la question à l'ordre du jour à une époque ultérieure.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion, le mois dernier, d'opérer un malade de quarante-deux ans, qui avait eu à plusieures reprises des crises qualifiées d'appendicite; la dernière remontait à trois mois.

Quand je l'examinai, il avait toute la fosse illiaque droite empâtée, on sentait une grosse masse en forme de boudin; son état général était assez précaire, de sorte que je pensai à une tuberculose iléo-cæcale.

Les choses ne changeant pas par le repos, j'intervins, et j'enlevai l'appendice, peu malade, et quatre gros ganglions, dont trois caséeux.

J'avais soigneusement palpé la terminaison de l'iléon et le cæcum, et n'avais senti aucune induration inquiétante.

Plus tard, le malade a succombé; j'ai fait enlever l'angle iléo-cæcal, et la pièce a été examinée par M. Herrenschmidt, qui n'a trouvé aucune lésion tuberculeuse, ni de la muqueuse intestinale, ni des parois. Voilà donc encore un cas d'adénite sans lésion visible d'où serait partie l'infection.

Adénite tuberculeuse para-cæcale, sans lésions appréciables de l'intestin, survenue à la suite d'une appendicite, par M. le Dr Guibal (de Béziers).

Rapport de M. TUFFIER.

La question soulevée par notre collègue Dumoulins sur le diagnostic différentiel entre certaines adénites tuberculeuses paracæcales de l'appendicite, m'engage à vous rapporter le fait de M. Guibal et un cas qui m'est personnel.

Le 8 avril 1905, M. Guibal est appelé près d'un enfant de sept ans atteint d'une crise d'appendicite aiguë. Le début avait été brusque, sans prodromes, sans aucun antécédent digestif ou autre; l'enfant, d'ailleurs chétif, avait été pris le 6 avril de vives douleurs para-ombilicales avec ballonnement du ventre, vomissements, constipation et hyperthermie s'élevant à 39°3: le 8 au matin le ventre était tendu, la défense musculaire très marquée à droite, manquant à gauche, la fosse iliaque droite très douloureuse: le toucher rectal était négatif; il n'y avait ni gaz ni selles; les vomissements avaient cessé, la température était à 38°6. En somme il existait tous les signes d'une appendicite aiguë. La diète hydrique et la glace amendèrent les accidents, mais, six jours après, sans cause connue, la fièvre s'élève de nouveau, le pouls devient rapide. Cette nouvelle poussée tombe rapidement, l'intestin retrouve sa perméabilité, mais l'enfant continuant à dépérir, refusant de prendre son lait, alors que le ventre était redevenu souple et totalement indolore dans la fosse iliaque droite, M. Guibal pratique le 6 mai une intervention qui semblait d'autant plus justifiée qu'une masse du volume d'une grosse noix, mais absolument indolente, constatée depuis quelques jours, ne présentait aucune amélioration.

Les constatations opératoires font tout l'intérêt de cette observation :

Incision de Jalaguier. L'appendice est trouvé de suite. Il est plus gros que normalement et fixé par des adhérences lâches à la fin de l'iléon. Résection et enfouissement du moignon. Dès l'ouverture du ventre on pouvait voir que les masses senties par la palpation étaient constituées *par des ganglions mésentériques enfermés dans l'angle iléo-cœcal* faisant une saillie notable sous le feuillet péritonéal antérieur. Celui-ci fut dissocié sur les ganglions et on put facilement extraire les deux plus gros, qui avaient le volume d'une très grosse noix; M. Guibal se disposait à en supprimer de même quatre ou cinq autres plus petits, du volume d'une petite cerise, lorsqu'une alerte chloroformique vint le déranger; il fallut dix bonnes minutes pour que la respiration et le

pouls fussent satisfaisants, et il décida d'arrêter l'opération. Suture en trois plans; un petit drain. Suites opératoires normales. Lever le vingtième jour.

M. Guibal a pu constater nettement que le péritoine était sain et ne présentait pas de granulations tuberculeuses. Le cæcum, au palper, était souple, sans épaississement anormal. De même, la portion terminale de l'iléon. L'appendice a été examiné par le Dr Herrenschmidt, qui fut prié de rechercher l'existence de lésions tuberculeuses. Il a trouvé de la folliculite simple, sans rencontrer en aucun point rien qui pût rappeler une lésion tuberculeuse. Quant aux ganglions enlevés, ils étaient à la coupe lardacés et présentaient des foyers caséeux ramollis du volume d'une grosse tête d'épingle : en un point, sur un des ganglions, la masse caséeuse avait les dimensions d'un gros noyau de cerise. Inoculés dans le péritoine de trois cobayes, des fragments de l'un de ces ganglions provoquèrent la mort d'un des animaux infectés le troisième jour; les deux autres, sacrifiés le vingt-cinquième jour, présentaient des granulations tuberculeuses disséminées sur le péritoine pariétal et intestinal, dans le foie et la rate. Quoique l'examen bactériologique n'en ait pas été fait, on ne pouvait douter qu'il s'agissait ici de nodules tuberculeux.

Quant au petit malade, qui, jusqu'à l'opération, était malingre et chétif, il s'est développé depuis elle d'une façon surprenante, et c'est aujourd'hui un garçon plus grand et plus beau que ceux de son âge. M. Guibal a pu le revoir au mois de décembre 1906 : son ventre était souple et on n'y sentait pas trace de ganglions. Tous les organes d'ailleurs étaient sains.

Voici donc un fait qui paraît bien démonstratif : Je crois que ces adénopathies tuberculeuses para-cæcales peuvent se rencontrer dans quatre circonstances différentes : 1° comme propagation d'une tuberculose *a*) cæcale ou *b*) d'une tuberculose de l'appendice seul; 2° sans lésion tuberculeuse appréciable mais cependant existante, de la paroi cæco-appendiculaire; 3° sans aucune lésion appréciable ni histologiquement constatable du canal intestinal.

Il est facile de comprendre que dans ce dernier cas, à point de départ intestinal, l'infection a traversé l'intestin sans laisser une trace de son passage; c'est là un fait de notoriété banale et pour l'intestin et pour d'autres organes. Le fait qui m'est personnel rentre dans la catégorie des adénites tuberculeuses para-cæcales sans lésion appréciable de l'appendice, qui, cependant est atteint de folliculite tuberculeuse.

J'ai opéré, il y a douze ans, une jeune fille dont j'ai rapporté le cas ici autrefois. Elle avait été atteinte d'une crise d'appendicite aiguë si nette et si franche, que Bouilly et Chauffard, qui avaient vu la malade avec moi, craignaient le développement d'un phlegmon

iliaque. Tout s'arrangea néanmoins, et, deux mois après, j'opérai cette jeune fille. Grand fut mon étonnement de trouver l'appendice absolument sain en apparence; mais plusieurs ganglions paracæcaux que j'ai enlevés avaient une consistance absolument caséuse. Or, l'appendice, examiné au laboratoire de M. Chauffard, présentait des lésions de folliculite tuberculeuse. Il semble que ces lésions n'étaient pas particulièrement graves, car la jeune fille est actuellement mariée et mère de famille, et ne présente aucun signe de tuberculose intestino-péritonéale.

M. Pierre Delbet. — J'ai présenté une pièce de tuberculose iléo-cæcale avec des ganglions, mais je n'ai jamais observé de ganglions tuberculeux de l'angle iléo-cæcal sans qu'il y eût de tuberculose de l'iléon ou du cæcum; je ne puis donc apporter de nouveaux faits à ce débat. Je veux seulement faire remarquer qu'à côté de son intérêt chirurgical, il a une portée plus générale.

Il est depuis longtemps démontré que les bacilles tuberculeux peuvent traverser une muqueuse sans laisser aucune trace de leur passage pour aller coloniser dans les ganglions. On connaît les expériences anciennes qui consistaient à frotter les yeux de chiens avec des cultures du bacille de Koch. Les animaux, sans présenter la moindre trace de conjonctivite, avaient des adénopathies tuberculeuses. Tout récemment cette question a pris une grande importance puisque bien des médecins et des expérimentateurs pensent que la voie digestive est la porte d'entrée habituelle de la tuberculose. Les bacilles ingérés traversent la muqueuse intestinale, sans laisser trace de leur passage; ils progressent dans les lymphatiques, colonisent dans les ganglions mésentériques et, cheminant de proche en proche, arrivent dans le thorax et finalement gagnent le poumon.

Les faits sur lesquels Demoulin a fait son intéressant rapport et ceux qui viennent d'être rapportés sont tout à fait en faveur de cette manière de voir. C'est pour cela que je disais qu'ils n'ont pas seulement un intérêt chirurgical.

M. Villemin. — Je crois devoir mettre en doute la fréquence de la tuberculisation des ganglions volumineux qu'on trouve fréquemment dans l'angle iléo-cæcal.

Chez une douzaine de malades, au cours de l'appendicectomie, j'ai enlevé des ganglions volumineux situés dans cette région et je les ai inoculés à des cobayes et à des lapins. Je n'ai jamais obtenu chez ces animaux de généralisation tuberculeuse.

M. Demoulin. — J'ai écouté, attentivement, les orateurs qui viennent de prendre la parole sur la tuberculose des ganglions péri-cæcaux et iléo-cæcaux, sans lésions macroscopiques appréciables du segment iléo-cæcal et de l'appendice, et, parfois, sans lésions microscopiques, ou seulement avec des traces de folliculite appendiculaire banale, sujet que j'ai étudié devant vous, dans mon rapport sur une observation du Dr Massoulard (séance du 15 mai 1907).

Mon ami Villemin vient de nous dire qu'il avait observé, fréquemment, chez l'enfant, des adénites péri-cæcales non tuberculeuses; c'est là un fait intéressant, mais qui ne rentre pas dans la série des cas dont je me suis occupé.

Il en est tout autrement des deux observations de Tuffier, de celle de Routier, toutes trois superposables à celles que j'ai rapportées.

Delbet a insisté, plus que je ne l'avais fait moi-même, sur ce que l'intégrité de la muqueuse intestinale n'empêche pas du tout, les bacilles de la tuberculose, présents dans l'intestin, d'arriver jusqu'aux ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de cet organe. Je rappellerai que la stagnation relative du contenu intestinal dans le segment iléo-cæcal, nous explique la fréquence des adénites péri-cæcales tuberculeuses.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit dans mon rapport. Je me réjouis d'avoir vu ses conclusions confirmées par les observations de mes Collègues.

Rapport.

Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère, par M. le Dr René Tesson.

Rapport par M. PIERRE DELBET.

Le Dr René Tesson, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers, nous a envoyé une très belle observation d'occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère. Grâce à une intervention assez précoce et bien conduite, il a pu guérir son malade. Cette observation me semble digne d'être publiée intégralement.

Observation. — Le 12 juillet 1905 entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, un homme de vingt-sept ans, L..., Émile, atteint manifestement d'occlusion intestinale.

Antécédents. — Cet homme, je le connaissais, l'ayant opéré d'appendicite, à chaud, le 14 décembre 1904, c'est-à-dire sept mois auparavant. C'était au quatrième jour de sa crise, seconde crise. La première, un mois avant, avait été légère et ne l'avait arrêté que pendant huit jours. Sans entrer dans les détails de l'observation, je la résume rapidement.

Incision sur le bord du droit, petite quantité de liquide péritonéal un peu louche, appendice profondément situé sous le cæcum, à méso court, en voie de sphacèle à sa pointe: résection, drainage. Le drain fut maintenu pendant quatre jours, la convalescence se fit sans incidents, et le malade sortit de l'hôpital au bout de trois semaines, avec une paroi solide.

Depuis lors, sa santé a été excellente: selles régulières, jamais de coliques ni de troubles digestifs quelconques. Toutefois il a dû laisser son métier de cordonnier, l'attitude professionnelle lui étant devenue pénible par suite des « tressautements dans le ventre » qu'elle provoquait. Il s'est placé comme emballeur chez un expéditeur de fruits et primeurs.

Début de la maladie actuelle. — Le mardi 11 juillet 1905, à huit heures et demie du soir, après avoir quitté l'atelier en très bonne santé, il venait de commencer son repas, et avait à peine avalé quelques cuillerées de soupe, quand, tout à coup, il fut pris d'une douleur atroce dans le ventre.

Cette douleur n'était point à droite, dans la région où il avait souffert lors de ses deux crises appendiculaires; elle occupait tout le ventre et principalement sa partie moyenne. Il lui semblait « qu'on lui tordît les boyaux, qu'on les lui arrachât ». Presque aussitôt les vomissements commencèrent: après la petite quantité d'aliments qu'il venait de prendre, vinrent des vomissements verts.

Toute la nuit suivante, cette douleur ne lui laissa pas de repos : les vomissements se renouvelèrent très fréquemment, toujours verts, et abondants au point de remplir trois fois la cuvette.

Le lendemain, mercredi 12, la situation resta la même: on apporta le malade à l'hôpital pendant la soirée.

Examen. — Je le vois jeudi matin 13. On me montre ce qu'il vient encore de vomir, liquide verdâtre: il me raconte son histoire. Il n'a pas rendu de gaz depuis le début des accidents, et n'a pas cessé de souffrir et de vomir. Le ventre est modérément ballonné, mais la paroi est partout très tendue, en état de défense; la palpation est douloureuse, surtout autour de l'ombilic. Le facies n'est pas mauvais; le pouls est à 80, la température à 37°4. Le malade a uriné.

En raison des antécédents spéciaux (appendicite opérée à chaud et drainée), je suppose qu'il s'agit d'une occlusion par adhérence ou par bride, et qu'elle siège assez haut sur le grêle, puisque les vomissements sont uniquement bilieux et le ballonnement peu considérable.

Des considérations particulières — la salle d'opération était occupée par un autre chirurgien — m'empêchant d'intervenir immédiatement, l'opération est fixée à quatre heures de l'après-midi. Quand je revins l'après-midi, la situation s'était manifestement aggravée : je trouvai le

malade assis sur son lit, se comprimant le ventre de ses mains. Son facies, le matin peu altéré, est anxieux et déjà en train de se gripper, le pouls dépasse 100.

Opération. — 13 juillet, quatre heures du soir, donc quarante-quatre heures après le début des accidents.

Sur la table, le malade à plat, le ventre est encore modérément ballonné : c'est la région ombilicale qui fait le plus saillie. La paroi est extrêmement tendue.

Anesthésie : chloroforme, appareil de Ricard.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'écoule aussitôt un liquide brunâtre, absolument identique à celui qu'on trouve dans le sac des hernies étranglées quand commence la gangrène de l'intestin.

Des anses grêles s'échappent, très congestionnées et distendues.

Faisant écarter la paroi, je me porte de suite vers la fosse iliaque droite, où je soupçonne que réside l'obstacle : il n'y a aucune adhérence dans cette région, le cæcum est vide et aplati.

Je constate immédiatement au-dessous et en dedans du cæcum une bride épaisse, tendue, sous laquelle ma main s'engage comme dans une cavité.

Sous cette barre, de cette espèce de cavité s'échappent deux anses intestinales, l'une à droite, resserrée, vide, de couleur normale, l'autre à gauche, distendue, congestionnée.

Ces constatations éclairent aussitôt mon diagnostic et je dis aux assistants : « C'est une torsion totale du grêle. »

Je prolonge au-dessus de l'ombilic l'incision abdominale : le paquet intestinal s'échappe au dehors. Tout l'intestin grêle est uniformément météorisé et de teinte violacée : le mésentère est brunâtre et considérablement épaissi. D'autre part le gros intestin — je vois notamment le cæcum et le côlon pelvien — est ratatiné et de couleur normale. Je vois aussi très nettement, en relevant la masse intestinale, que l'anse dilatée qui s'engage sous le repli péritonéal — je dis maintenant mésentérique — s'incurve au-dessus du petit bassin et remonte à gauche.

Sans essayer des tractions que je sais inutiles, je me mets en devoir de pratiquer la détorsion, et, saisissant à deux mains le paquet intestinal enveloppé dans une grande compresse, je lui fais exécuter un mouvement de rotation dans le sens voulu, c'est-à-dire de *droite à gauche, en sens inverse des aiguilles d'une montre*.

Ce mouvement effectué, il me semble qu'il persiste encore quelque chose d'anormal dans la disposition de l'intestin. Je cherche et je trouve deux anses intestinales qui sont retenues par deux adhérences anciennes, allongées et tendues comme des cordes entre le sommet des dites anses et de la face correspondante du mésentère. Je sectionne ces adhérences, et l'intestin s'oriente à son aise.

Je n'insiste pas sur les difficultés de la réintégration de la masse intestinale.

Je fermai le ventre, en un plan, au fil métallique, et plaçai un drain à la partie inférieure de l'incision.

Suites. — Dès que le malade fut reporté dans son lit, on lui injecta un litre de sérum sous la peau.

A son réveil, il se sentit tout de suite mieux; il ne souffrait plus; les vomissements ne reparurent pas, bien que, pour satisfaire une soif intense, il bût presque aussitôt et abondamment.

Le lendemain le pansement, imprégné de sérosité, fut échangé et le drain enlevé.

Le facies était excellent.

Toutefois les gaz intestinaux ne reprirent leur cours que le deuxième jour, après un lavement.

La température monta le lendemain soir de l'opération à 38°5 pour redescendre le jour suivant à 38°2 et 37°6.

Dès lors la convalescence s'effectua régulièrement; l'opéré rentra chez lui en parfait état, au bout de trois semaines; j'ai eu depuis de ses nouvelles à différentes reprises, il ne s'est jamais ressenti de rien.

Réflexions. — Cette observation m'a paru mériter d'être conservée : les cas de volvulus de la totalité de l'intestin grêle sont encore assez peu nombreux, et presque tous se sont terminés par la mort.

Mon opéré a dû son salut à la précocité relative de l'intervention (quarante-quatrième heure), et surtout aux notions précises que je possédais sur la torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère. Je suis heureux de déclarer que je suis redevable de cette connaissance à l'enseignement de mon maître, M. Pierre Delbet.

Mes commentaires seront brefs, mon observation ne s'écartant que très peu de la description désormais classique donnée par M. Pierre Delbet dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

Cliniquement. — Le début brusque, foudroyant, la douleur atroce para-ombilicale, en plein centre de l'abdomen, les vomissements bilieux et non fécaloïdes, se retrouvent dans presque toutes les observations publiées.

Je dois signaler toutefois que le ballonnement était ici des plus modérés; il est vrai de dire que le malade était un ouvrier musclé dont la paroi abdominale résistait à la poussée intestinale. Une fois le ventre ouvert, on put se rendre compte que réellement le météorisme était très accusé.

Ces symptômes et cette évolution n'ont, il faut le reconnaître, rien de caractéristique, et je n'avais eu, cliniquement, aucun soupçon de la variété anatomique de l'occlusion que je constatais.

Anatomiquement. — C'est la corde mésentérique sous laquelle s'engageaient deux anses grêles, l'une vide, l'autre distendue, c'est cette disposition si spéciale, si caractéristique qui immédiatement me permit le diagnostic. Je reconnus les figures du livre que j'ai déjà rappelé, et dès lors l'interprétation devint facile. La distension générale du grêle, et surtout l'infiltration hémorragique, l'aspect brunâtre et l'épaississement énorme du mésentère, achevèrent de dissiper les derniers doutes.

J'ai noté le sens dans lequel s'opéra la détorsion (sens inverse des aiguilles d'une montre); c'est dire en même temps dans quel sens la

torsion s'était faite. Je serai moins précis sur le degré de cette torsion : il me semble cependant qu'elle ne dépassait pas 360 degrés.

On a vu qu'en dehors des lésions consécutives à la torsion, j'ai rencontré deux adhérences unissant le bord convexe de deux anses à la face correspondante du mésentère. Ces adhérences étaient anciennes, vestiges très vraisemblablement de l'appendicite antérieure.

Elles ne déterminaient, pour leur part, aucune espèce d'étranglement ni de coudure, mais elles paraissaient avoir été elles-mêmes étirées par la torsion générale.

Peut-on penser qu'elles ont pu jouer un rôle quelconque dans la production de cette torsion? J'émets, au point de vue étiologique, cette hypothèse sans y insister, faute de preuve.

M. Tesson se demande si les adhérences qu'il a trouvées entre le bord convexe de deux anses et la face correspondante du mésentère ont pu jouer un rôle dans la torsion. Cette question se présente naturellement à l'esprit, et encore qu'on ne voie pas très bien comment ces adhérences pourraient entraîner la rotation du paquet intestinal, on est tenté d'y répondre par l'affirmative. Il semble qu'une disposition anormale doive expliquer l'autre. Mais une observation publiée il y a quelques mois par M. Alglave (1), vient tout à fait à l'encontre de cette explication.

Il a observé une torsion non pas de la totalité de l'intestin grêle, mais seulement de sa moitié inférieure, chez un homme qui présentait de nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles. Or, la torsion portait précisément sur le segment d'intestin où les adhérences manquaient.

Cependant, on ne peut pas ne pas être frappé de ce fait que, sur le petit nombre de cas publiés de torsion de tout l'intestin grêle, trois malades avaient été opérés antérieurement d'appendicite. Celui de Sheperd (2) avait été opéré deux ans avant, celui de Whiting (3) six à sept mois avant et celui de Tesson sept mois également avant l'occlusion. Cette proportion de 3 sur 14 ou 15 cas de torsion totale est bien considérable pour qu'on puisse l'attribuer à une simple coïncidence. Mais s'il y a une relation entre l'appendicite ou l'appendicectomie et la torsion ultérieure, il est difficile de dire quelle est sa nature.

Je n'insiste pas sur cette question. Les hypothèses qu'on peut faire sur le mécanisme de cette torsion sont invérifiables. Leur intérêt est d'ailleurs limité, car elles ne sauraient conduire à modifier la thérapeutique.

(1) Alglave. *Presse Médicale*, 12 septembre 1906, p. 581.
(2) Sheperd. *Montreal med. Journ.*, 1889, vol. XVIII, p. 46.
(3) Whiting. *Am. Journ. of med. Sciences*, 1904, p. 1072.

J'ai étudié en 1897 les torsions de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère et je me suis efforcé d'en tracer un tableau clinique. Production rapide d'un météorisme considérable, épanchement dans le péritoine, absence de vomissements fécaloïdes, tels sont, disais-je, les trois signes qui, joints aux phénomènes d'étranglement et à l'absence de tous symptômes de péritonite, pourront faire soupçonner la torsion de la totalité de l'intestin grêle.

Pour esquisser ce tableau, je ne possédais alors que deux cas personnels. Voyons si les faits qui ont été publiés depuis doivent conduire à le modifier.

J'élimine tous les cas où la torsion ne porte que sur une partie de l'intestin grêle, même ceux où cette partie est très étendue.

Si je les élimine, ce n'est pas du tout que je me laisse entraîner par le vain désir d'individualiser une forme d'occlusion intestinale que j'ai étudiée, c'est que je crois qu'il y a un véritable intérêt pratique à le faire et je dirai pourquoi en parlant du traitement.

Avant d'analyser les symptômes, je voudrais dire un mot du sens dans lequel se fait la torsion. Dans mes deux cas, elle s'était faite dans le sens des aiguilles d'une montre. Pour indiquer ce fait, j'ai dit qu'elle était *dextrogyre*. Cette expression n'est pas très correcte employée dans ce sens, puisque les physiciens l'appliquent aux substances qui dévient à droite le plan de polarisation. Il aurait fallu dire que la torsion s'était faite dextrorsum. L'épithète dextrogyre m'a paru commode, et il m'a semblé que bien que détournée de son sens primitif, elle ne prêtait pas à confusion.

Elle n'y prête pas plus que les autres, mais toutes y prêtent. Qu'on dise que la torsion s'est faite de gauche à droite, qu'on la dise dextrogyre ou faite dextrorsum, il y a place pour une confusion, car on peut prendre la gauche de l'observateur ou celle du malade. Ainsi M. Kirmisson en publiant un cas des plus intéressants, mais qui ne rentre pas dans ceux que j'étudie, parce que la moitié du côlon avait été entraînée dans le mouvement giratoire, a intitulé son travail (1) : « Occlusion intestinale par torsion du mésentère de gauche à droite, sinistrorsum ». Il a donc pris la gauche du sujet. Cela est de toute évidence, car il écrit que la torsion peut se faire « de droite à gauche, c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre ». Il dit d'ailleurs expressément dans une note qu'il entend parler « de la gauche du sujet qui répond à la droite de l'observateur ».

Dans la relation de mes deux cas, j'avais parlé de la gauche et de la droite de l'observateur. Et c'est bien ainsi que doit être prise

(1) Kirmisson et Kuss. *Bulletin médical*, mai 1889, p. 423.

l'expression dextrorsum, car c'est là une expression botanique qui sert à désigner le sens dans lequel s'enroulent les spirales de certaines tiges. Ces tiges n'ayant ni droite ni gauche, il ne peut être question que de la gauche ou de la droite de l'observateur.

M. Kirmisson considère que la torsion dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre veut dire torsion de droite à gauche, parce qu'il envisage la droite et la gauche du malade, tandis que ceux qui se rapportent à la droite et à la gauche de l'observateur (je suis de ce nombre) considèrent que le mouvement des aiguilles d'une montre se fait de gauche à droite.

D'autres observateurs ont peut-être fait comme M. Kirmisson, et, comme il n'est jamais spécifié dans les observations si les adjectifs *gauche* et *droit* s'appliquent au malade ou à l'observateur, il devient impossible de savoir avec certitude dans quel sens la torsion s'est faite. Aussi les courtes statistiques qui ont été faites sur ce point me semblent dépourvues de toute valeur. Aussi quand Vaughan (1) nous dit que sur 14 cas la torsion s'est faite six fois de droite à gauche et huit fois en sens inverse, je ne sais pas quelle confiance nous devons accorder à ces chiffres. Une seule chose paraît certaine, c'est que la torsion en masse de l'intestin grêle a été observée dans les deux sens, puisque le même auteur, Whiting (2), rapportant deux cas de Deaver, dit que dans l'un la torsion s'était faite de gauche à droite, et dans l'autre, de droite à gauche.

Dans le cas de Tesson, la torsion s'était faite de gauche à droite, comme dans les miens. Il ne peut y avoir aucun doute à ce sujet, car Tesson a joint un petit schéma à son texte.

J'arrive aux trois symptômes qui m'ont paru avoir une certaine valeur diagnostique : le ballonnement, l'épanchement intra-péritonéal, l'absence de vomissements fécaloïdes.

On sait que dans les étranglements proprement dits, les iléus par strangulation comme on dit en Allemagne, c'est l'anse étranglée qui se distend. La portion d'intestin qui est située au-dessus n'est pas aussi aplatie que celle qui est située au-dessous, mais comme elle peut se vider par les vomissements, elle ne se distend pas notablement. Au contraire, la portion étranglée atteint un volume énorme. Or, dans les cas de torsion de tout l'intestin, les deux points comprimés sont, en haut, l'anse jéjunale près du duodénum, l'autre, l'anse cæcale (j'entends par là la dernière portion de l'intestin grêle) tout près du cæcum. C'est donc la presque totalité de l'intestin grêle qui est étranglée. Aussi la distension

(1) Vaughan. *Am. Journ. of med. Sciences*, mai, 1903, p. 799.
(2) Whiting. *Am. Journ. of med. Sciences*, 1904, p. 1072.

intestinale est-elle considérable. Mais le ballonnement, c'est-à-dire la manière dont se traduit cliniquement l'accumulation des gaz dans la portion étranglée, est très variable. Le ballonnement est fonction de deux facteurs, la tension des gaz intestinaux d'une part, la résistance de la paroi abdominale de l'autre. Et le second facteur, la résistance de la paroi, est capable dans une certaine mesure de triompher du premier. Il en était ainsi dans le cas de Tesson. Le ballonnement était, dit-il, des plus modérés, mais, dès que l'abdomen fut ouvert, on se rendit compte que le météorisme était réellement très considérable, car les anses intestinales décomprimées prirent tout d'un coup un volume énorme. Dans le cas de M. Mignon, le ballonnement n'était pas non plus considérable. « On dirait, écrit-il, une rétention d'urine. » Dans les autres cas, le ballonnement semble avoir été notable. En tout cas, même lorsque le ventre n'est pas très volumineux, on peut se rendre compte dans une certaine mesure de l'accumulation des gaz dans une grande étendue d'intestin et par l'extrême tension de la paroi et par la sonorité qui prend une tonalité élevée dans toute l'étendue de l'abdomen au point de voiler la matité hépatique. A ce propos permettez-moi de dire un mot de la distinction qu'on a voulu établir entre le tympanisme et la tympanite. Dans le tympanisme, la matité hépatique serait conservée; dans la tympanite, elle aurait disparu. Le premier indiquerait une distension des anses intestinales, la seconde révélerait la présence de gaz libres dans le péritoine et serait par conséquent un signe de perforation intestinale. Ce symptôme me paraît tout à fait trompeur. Dans les grandes distensions de l'intestin, la matité hépatique peut disparaître, sans qu'il y ait de gaz libres dans le péritoine, soit parce que les anses s'insinuent entre le bord convexe du foie et la paroi, soit parce que leur extrême sonorité devient perceptible au travers du parenchyme hépatique.

L'épanchement dans le péritoine sans péritonite est un phénomène commun à tous les volvulus. Son mécanisme est facile à comprendre. Le segment d'intestin tordu est étranglé à ses deux extrémités et la circulation est gênée dans la portion du mésentère correspondante. La compression agissant toujours plus sur les veines que sur les artères, il en résulte une hyperhémie considérable, qui se traduit par la coloration foncée de l'intestin et par la dilatation des veines.

En somme, la portion d'intestin tordue est dans un état tout à fait comparable à celui d'une anse comprise dans une hernie étranglée. Comme l'anse herniée et étranglée, elle devient le siège d'une abondante transsudation de liquide. Mais il n'y a pas de sac autour d'elle et le liquide transsude directement dans la cavité périto-

néale. Cette transsudation est un phénomène habituel, mais non pas absolument constant. De même qu'il y a des hernies étranglées à sac sec, de même on peut observer des torsions de l'intestin sans épanchement. C'est ce qui est arrivé à Morestin. Dans son cas, il existait une matité hypogastrique assez étendue, mais il n'y avait pas de liquide libre dans le péritoine. La matité était due exclusivement au liquide accumulé dans les anses intestinales. Lorsque l'intestin est très distendu, le liquide contenu dans sa cavité peut prendre une ligne de niveau comme le liquide libre dans le péritoine. J'ai insisté sur ces fausses ascites en étudiant autrefois les obstructions chroniques et incomplètes de l'intestin.

Parmi les autres faits de torsion en masse du mésentère, il en est quatre où l'existence de l'épanchement n'est pas signalée ; ce sont les deux cas de Reynier (1) incomplètement rapportés, un de Williams (2), dont je n'ai pu me procurer qu'une relation incomplète, et où le malade fut opéré vingt et une heures après le début des accidents, et un de Whiting, qui fut opéré à la quatrième heure.

Dans tous les autres cas (Mignon, Monod, Delore, Sheperd, Homans, Debrie, Delbet, Tesson), il y avait un épanchement plus ou moins abondant dans le péritoine, et la ressemblance du liquide avec celui que l'on trouve dans les hernies étranglées a frappé la plupart des chirurgiens qui ont observé des cas de ce genre. C'est une comparaison que l'on retrouve dans un grand nombre d'observations.

L'absence de vomissements fécaloïdes est due à la hauteur de l'étranglement. Les matières intestinales ne prennent les caractères dits fécaloïdes que dans l'iléon ; quand l'obstacle siège plus haut sur le jéjunum, les matières rejetées par la bouche ne peuvent pas être fécaloïdes ; les vomissements gardent forcément les caractères gastrorrhéiques ou bilieux.

Or, dans les torsions de la totalité de l'intestin et de son mésentère, l'obstacle supérieur est situé tout près du duodénum : les vomissements ne peuvent donc pas être fécaloïdes. S'ils l'étaient franchement, cela suffirait pour affirmer que la torsion ne porte que sur une partie de l'intestin.

Mais si les vomissements ne sont jamais fécaloïdes, ils manquent rarement. L'observation de M. Monod est la seule où l'absence de vomissements soit expressément signalée. Dans deux observations, il n'en est pas fait mention, mais l'un des malades

(1) Reynier. *Soc. de chir.*, 22 mai 1898.

(2) Williams. *Indian med. Gaz.*, Calcutta, 1901, vol. XXVI, p. 457, cité par Vaughan.

(Williams) a été opéré vingt et une heures et l'autre (Whiting) quatre heures après le début des accidents. Dans tous les autres cas, il y a eu des vomissements porracés, verts, bilieux ; et ces vomissements souvent précoces peuvent être répétés et très abondants car l'hypersécrétion du duodénum, de l'estomac, du foie, peut-être du pancréas, est souvent considérable.

En somme, aucun de ces trois symptômes, ballonnement considérable, épanchement dans le péritoine, absence de vomissements fécaloïdes ne prouve qu'il s'agisse d'une torsion de la totalité de l'intestin grêle. Ils signifient seulement que la portion étranglée a une étendue considérable, que cette portion étranglée est libre dans le péritoine et que l'obstacle le plus élevé siège près du duodénum. Tout cela peut faire soupçonner une torsion portant sur une étendue considérable de l'intestin grêle, mais on ne peut avoir évidemment aucune certitude.

Je disais, au début de ce rapport, qu'il y a un intérêt pratique à étudier spécialement les torsions de la totalité de l'intestin grêle. En effet, un volvulus partiel, même très étendu, est facile à reconnaître au cours de l'opération, tandis que la torsion totale modifie à tel point les rapports des segments intestinaux et amène des dispositions si singulières que, si on les ignore, il est presque impossible de faire le diagnostic, même lorsque le ventre est largement ouvert.

La disposition est-elle plus claire lorsqu'en même temps que la totalité de l'intestin grêle une partie du gros intestin est prise dans le mouvement giratoire? Dans le cas de Brown (1) et dans celui de Vaughan (2), la torsion englobait le cæcum. Dans le cas de M. Kirmisson, il semble que tout le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse étaient tordus en même temps que l'intestin grêle. Je n'ai pas assez de documents pour étudier ces cas complexes. Je me borne aux torsions portant sur la totalité de l'intestin grêle.

Dans quelques cas, il semble qu'on ait pu voir nettement le mésentère tordu en corde. Ces cas supposent un mésentère très long et ils sont exceptionnels. Le plus souvent, la torsion du mésentère est si peu apparente qu'il est fort difficile de la reconnaître. Dans mon premier cas, je n'ai point du tout compris en quoi consistait la disposition anormale de l'intestin et je n'ai pas levé l'obstacle. MM. Mignon, Delore, Debrie n'ont pas davantage reconnu les lésions et ont refermé le ventre sans avoir rétabli le cours des matières. Si M. Reynier a été plus heureux, il a cepen-

(1) Brown. *Trans. indian Branch. British med. Associat.*, 1895, vol. V, p. 5.
(2) Vaughan. *American Journ. of med. Sciences*, mai 1903, p. 799.

dant cru d'abord comme moi qu'il s'agissait d'une hernie rétropéritonéale et il a certainement perdu un temps précieux à s'orienter.

Or, s'il est très difficile, dans certains cas même presque impossible de deviner la torsion de la totalité du mésentère quand on l'ignore, rien n'est plus aisé que de la reconnaître quand on la connaît. Dans mon second cas, instruit que j'étais par le premier, je l'ai diagnostiquée presque aussitôt que le ventre a été ouvert; j'ai fait aussitôt l'éviscération, la détorsion, et mon malade aurait certainement guéri s'il n'avait été emporté le onzième jour par une pneumonie.

Voici à quels signes on peut aisément reconnaître la torsion totale du mésentère. Le ventre ouvert, on voit immédiatement que l'intestin grêle est non seulement distendu, mais congestionné. Cette distension ne se produit jamais à un pareil degré, je l'ai déjà dit, dans la portion d'intestin située au-dessus d'un étranglement. A elle seule, elle doit déjà faire penser que tout l'intestin est étranglé. Les phénomènes congestifs corroborent encore cette présomption. Aussitôt on examine le cæcum, que l'on trouve vide. On sent la dernière anse grêle également vide : on constate qu'elle est fixe et qu'elle s'engage derrière une bride saillante. En même temps qu'elle, sort de dessous cette bride une autre anse, celle-là distendue. C'est à ce moment qu'on peut être tenté de croire à une hernie rétro-péritonéale. Mais l'extrême distension et la congestion de cette anse doivent éloigner cette idée, et ce qui la fait rejeter immédiatement, c'est que cette anse n'est pas fixée contre l'anse cæcale comme elle le serait par le collet d'une hernie. Si on tire sur elle, on amène facilement d'autres anses intestinales. Ces constatations suffisent pour poser le diagnostic.

Il est encore un autre signe qui le confirme, c'est l'existence des deux brides que j'ai décrites, qui sont formées par le tiraillement du péritoine pariétal, dont l'une remonte vers le rein gauche, tandis que l'autre descend le long des vaisseaux iliaques.

Dans toute occlusion intestinale aiguë, le succès dépend de deux facteurs : la précocité d'une part, d'autre part la rapidité de l'intervention.

La nécessité d'opérer de bonne heure est aussi impérieuse dans les torsions de la totalité du mésentère que dans les occclusions aiguës qui reconnaissent d'autres causes. Tous les malades opérés tardivement sont morts alors même qu'on avait fait le redressement de l'intestin. Chez celui de Homans (1), opéré le cinquième jour, il y avait des plaques de gangrène sur l'intestin. Au contraire, trois malades opérés précocement ont guéri; celui de Whiting a été

(1) Homans. *Boston med. and surg. Journ.*, 1898, p. 315.

opéré quatre heures, celui de Williams vingt et une heures, celui de Tesson quarante-quatre heures après le début des accidents. Mon second malade, opéré neuf heures après la première crise douloureuse, était guéri de ses accidents intestinaux lorsqu'une pneumonie l'a emporté.

La seconde condition de succès, la rapidité de l'intervention, ne peut être réalisée, au moins dans certains cas, si l'opérateur ignore l'anatomie pathologique de la torsion de tout le mésentère. Si M. Tesson a guéri son malade, c'est parce qu'il le connaissait bien. Voici, en effet, ce qu'il dit : « Je constate immédiatement au-dessous et en dedans du cæcum une bride épaisse, tendue, sous laquelle une main s'engage comme dans une cavité. Sous cette barre, de cette espèce de cavité s'échappent deux anses intestinales, l'une à droite, resserrée, vide, de couleur normale, l'autre à gauche, distendue, congestionnée. Ces constatations éclairent aussitôt mon diagnostic et je dis aux assistants : « C'est une torsion totale du grêle ». Et prolongeant son incision, il fait l'éviscération, saisit à deux mains le paquet intestinal enveloppé dans une grande compresse et lui fait exécuter un mouvement de torsion de droite à gauche, en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre. Son malade a guéri sans encombre.

C'est un très beau succès, dans lequel les connaissances et la présence d'esprit du chirurgien ont eu la plus grande part. Aussi je vous propose, Messieurs, d'envoyer à M. Tesson nos félicitations avec nos remerciements.

Présentation de malade.

Troubles trophiques et moteurs survenant trois mois après une suture nerveuse et guéris par l'électricité statique.

M. Bazy. — Vous vous rappelez que je vous ai présenté dans la séance du 30 janvier dernier un malade à qui j'ai fait une suture secondaire du nerf médian droit et qui avait tout à fait guéri. Il avait même repris ses occupations de caissier dans un grand magasin de nouveautés, lorsqu'il y a quinze jours, en se réveillant le matin, il s'aperçoit qu'il ne peut plus remuer les doigts, qu'il en souffre et a un engourdissement qui l'impressionne beaucoup.

Il vient me voir immédiatement, et je le vois, les doigts à demi fléchis, ne pouvant être remués sans douleur, toute la main froide et violacée, et les doigts en partie insensibles.

En même temps, quand on touchait la cicatrice opératoire, on

trouvait une petite tumeur un peu molle, très douloureuse (probablement un névrome du nerf médian).

Le D[r] Kronchkoll qui voyait le malade pendant que je l'examinais, me dit que ces cas-là guérissaient par l'électricité statique.

En effet, à la première séance, sous l'influence de l'effluve électrique, le malade commence à remuer ses doigts.

Au bout de trois séances, la mobilité était revenue, plus complète qu'auparavant.

Les doigts n'étaient plus violacés, ni engourdis, ni douloureux. Et vous voyez que cet état persiste actuellement.

Présentation de pièce.

Cancer du col de l'utérus.

M. J.-L. Faure. — Je tiens à vous montrer une pièce de cancer du col de l'utérus, que j'ai enlevée il y a quatre jours sur une femme de trente-quatre ans. Cette pièce me paraît remarquable par l'étendue des lésions et par la façon en apparence satisfaisante dont elles ont été enlevées. Comme vous le voyez, le volume du col ulcéré est au moins double du volume du corps. Malgré l'étendue des lésions, j'ai pu assez facilement enlever, grâce, je le crois, à la désinsertion première du vagin, une collerette vaginale de deux centimètres de hauteur. Vous pouvez voir sur le côté droit une gouttière assez profonde dans laquelle se trouvait l'uretère englobé, mais non infiltré, et que j'ai pu dégager sans accident.

Une pièce telle que celle-ci me paraît démontrer mieux que tous les arguments théoriques l'étendue et par conséquent l'efficacité des opérations que l'on peut diriger contre le cancer de l'utérus par l'hystérectomie abdominale ou vagino-abdominale.

M. Pierre Delbet. — La pièce présentée par Faure est très belle, mais dans l'état où elle est actuellement il est impossible de voir où l'épithéliome a pris naissance. S'agit-il d'un épithéliome pavimenteux du museau de tanche? S'agit-il d'un épithéliome cylindrique du canal cervical? On ne saurait le dire et il serait intéressant de trancher ce point par un examen histologique.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 JUIN 1907



Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. le Président déclare vacante la place de titulaire, laissée libre, par l'honorariat de M. le Dr Hennequin.

Communication.

Orchite traumatique.

M. Félizet. — Je vous demande pardon, mais les *Comptes Rendus* reproduisent une proposition de M. Routier que je ne peux pas laisser sans réponse : « L'orchite traumatique n'existe pas ».

Or, je vous disais il y a huit jours que j'ai observé quatre ou cinq cas d'orchite chez des escrimeurs, indemnes de blennorragie actuelle ou passée, ainsi que d'épididymite. L'accident s'était produit sous mes yeux à la salle d'armes.

J'ai recherché et retrouvé cette semaine deux de ces blessés, qui ont été atteints d'orchite traumatique en pleine santé, urétrale ou testiculaire.

Ces escrimeurs auraient été profondément surpris si je leur avais conté ce qu'on avait dit d'eux ici, dans la dernière séance.

Mon excellent ami Routier a porté un jugement téméraire.

En fait, l'orchite traumatique est un accident rare dans les salles d'armes, et cette rareté s'explique fort bien par l'extrême mobilité de la glande qui glisse dans la vaginale et esquive le traumatisme. Le testicule est moins abrité que l'appendice.

Il y a en effet des cas dans lesquels, au cours d'un assaut, il est touché en plein, sans avoir pu se dérober, et cette surprise a lieu dans deux conditions particulières.

Mon ami Routier sait assez de choses que j'ignore pour qu'il ne s'offense pas, si je me permets de lui dire qu'il y a aussi des choses que je connais bien et qu'il ne sait pas.

Dans une passe d'armes, le testicule peut être blessé dans deux conditions : d'abord il peut être fixé et recevoir directement le choc, quand le scrotum enveloppé par la chemise humide de transpiration est collé contre la racine de la cuisse gauche et immobilisé par le pantalon. Le testicule droit fait face et reçoit le coup. L'orchite traumatique était *à droite dans tous les cas que j'ai vus*, aux armes.

Il y a aussi certaines parades de mains dures, avec *liement* dans la ligne basse, qui touchent en plein le testicule, surpris avant d'avoir eu le temps de glisser, le contusionnant et préparant l'inflammation.

C'est que le testicule est infiniment moins à l'abri que l'appendice.

M. Routier. — J'ai dit en effet que l'orchite traumatique n'existe pas. Je m'appuyais, pour oser lancer cette affirmation, d'une part sur les expériences de Terrillon et Monod, qui n'ont jamais pu provoquer d'orchites par les traumatismes simples des testicules, mais qui arrivaient à les produire quand ils infectaient le canal.

Pendant les neuf ans où j'ai eu à Necker un service des maladies des voies urinaires, j'ai, parce qu'ancien élève de Terrillon, cherché avec soin l'orchite traumatique ; je n'en ai pas vu, et quand, dans les rares cas où on aurait pu croire à l'orchite traumatique, j'ai eu la patience de garder le malade huit, quinze, vingt jours après la fin de l'orchite, j'ai toujours trouvé un canal infecté.

J'ai vu comme M. Félizet, comme M. Lucas-Championnière, des cas de contusion des bourses, de contusion des testicules, avec

gonflement, hématome, douleurs très violentes, mais jamais, quand le canal était sain ou libre, ce que nous appelons l'orchite, c'est-à-dire l'induration douloureuse, de l'épididyme, avec plus ou moins d'épanchement dans la vaginale, avec plus ou moins de funiculite avec rougeur et adhérence du scrotum.

Et du reste, dans le cas que vient de nous citer M. Lucas-Championnière, il y a eu un processus bien spécial, puisque, après l'orchite qu'il a observée, il s'est produit une atrophie testiculaire.

Or, à la suite d'orchites blennorragiques, si l'atrophie du testicule existe, elle est rarissime.

Voilà pourquoi, jusqu'à démonstration anatomo-pathologique du contraire, je continuerai à croire que l'orchite traumatique n'existe pas.

M. Delorme. — J'ai eu l'occasion de voir de nombreux blessés chez lesquels les bourses et avec elles les testicules avaient subi des traumatismes plus ou moins intenses. Chez la plupart de ces hommes le testicule avait été frappé dans des bourses non fixées. Ce sont là les conditions d'expérience dans lesquelles Monod et Terrillon se sont placés, et nous savons par eux que les testicules se soustraient le plus souvent aux effets du traumatisme. Mais chez un certain nombre d'autres blessés, en particulier chez des cavaliers, les bourses et avec elles les testicules avaient été prises entre la selle et le périnée ou les cuisses. Or, je n'ai vu ces hommes présenter d'orchite que lorsqu'ils avaient un reliquat d'infection blennorragique ou une latence tuberculeuse prostatique ou épididymaire. Ils étaient atteints d'une orchite blennorragique ou tuberculeuse réveillée, acutée par un traumatisme, et non d'une orchite traumatique. Dans le milieu militaire où le traumatisme ouvre des droits à des indemnités importantes, il est nécessaire de préciser son diagnostic. J'ai dû y donner toute mon attention dans chaque cas. Or, jamais je n'ai observé d'orchite traumatique vraie. Si tant est qu'elle existe, elle doit être bien exceptionnelle, et avant de l'admettre chez un blessé, il faut y regarder à deux fois.

M. Tuffier. — Je partage l'opinion qui regarde l'épididymite vraie traumatique comme devant être rayée du cadre nosologique. J'ai vu comme Routier, des épididymites consécutives à des traumatismes et évoluant comme des infections blennorragiques, mais dans ces cas j'ai toujours trouvé dans l'urètre la cause de cette complication. A côté de ces épididymites j'ai vu des contusions testiculaires douloureuses mais qui n'affectaient pas le type clinique de l'épididymite classique.

Récemment encore à Beaujon, mes élèves me présentaient un

de ces cas d'orchite traumatique, sans aucun passé uréthral. L'examen nous démontra qu'il s'agissait d'une contusion testiculaire avec douleur de la glande, mais l'évolution ne fut pas du tout celle des complications épididymaires de la gonococcie. D'ailleurs, si nous voulions réviser l'histoire de toutes les inflammations d'origine traumatique, bon nombre rentreraient dans ce cadre des contusions avec épanchement séro-sanguin.

Discussion.

Appendicites et traumatismes.

M. Picqué. — M. Guinard, en terminant sa communication, déclarait avec moi que le point de vue médico-légal ne devait pas être envisagé dans cette enceinte. Plusieurs de nos collègues ont émis à cet égard un avis différent.

Vous me permettrez à mon tour d'exprimer le mien.

Or, je pense que dans cette question, il existe surtout entre nous un malentendu.

Tuffier a eu raison de dire « que c'est dans notre enceinte que la discussion des rapports entre l'appendicite et le traumatisme doit être ouverte », et c'est d'ailleurs parce que j'en suis moi-même convaincu que je vous ai présenté le travail de MM. Jeanbrau et Anglada. Mais convient-il de nous occuper ici, comme le demande Demoulin, des conséquences que peuvent avoir nos discussions au sujet de la loi sur les accidents du travail? C'est ce que je ne saurais admettre sans quelque réserve.

Je pense qu'à la Société de chirurgie nous devons nous borner à étudier les faits dans leur pure objectivité; nous n'avons pas, selon moi, à tenir compte de certaines contingences, à prévoir d'avance la répercussion que peuvent avoir les faits scientifiques sur telle ou telle collectivité.

Demoulin nous dit que pour remplir les fonctions d'expert il faut être éclairé, et que pour l'être, il convient de demander l'avis d'hommes expérimentés. Rien n'est plus vrai, mais ne pensez-vous pas justement que notre opinion aura d'autant plus de poids que nous aurons su la dégager de toute préoccupation extra-scientifique? Or, la question à résoudre consiste à savoir si le traumatisme peut créer l'appendicite.

J'avais adopté dans mon rapport les conclusions de Jeanbrau et Anglada, et tous ceux qui ont pris la parole s'y sont ralliés, à l'ex-

ception de mon ami Guinard. Permettez-moi de vous rappeler celles-ci.

L'accident ne crée pas l'appendicite; la crise survenue après le traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante.

Or, quels sont les faits que Guinard leur oppose? Et d'abord 2 observations qui certes sont intéressantes. Sur l'une d'elles, j'avais demandé à mon collègue quelques renseignements complémentaires. Dans ces deux cas les malades ont présenté *pour la première fois* des crises d'appendicite après un traumatisme évident.

Cette constatation ne permet cependant pas d'établir une relation entre le traumatisme et l'appendicite : le traumatisme ne saurait créer au malade une immunité vis-à-vis de l'appendicite, et comme, d'autre part, les lésions de l'appendicite constatées au cours de l'opération ne présentaient rien de spécial, on est bien en droit d'admettre une simple coïncidence.

Dans un autre cas, Guinard trouve un appendice sphacélé et admet alors, bien qu'à titre exceptionnel, la possibilité de la contusion directe de l'appendice.

Il me permettra de lui dire bien franchement que l'observation sur laquelle il s'appuie ne saurait me convaincre, et je m'associe aux réserves qu'ont formulées Tuffier et Routier.

Sonnenburg, dans une récente étude qu'il a bien voulu m'adresser sur ma demande, rappelle que Neumann, qui avait le premier émis l'hypothèse de l'appendicite traumatique, et dont j'ai discuté les conclusions dans mon rapport, en était arrivé à conclure que le traumatisme ne pouvait agir sur l'appendice que dans le cas où celui-ci contient un calcul, et qu'en conséquence il avait été amené à modifier sa première opinion.

Et M. Sonnenburg, aussi affirmatif que l'ont été nos collègues, nous dit qu'on ne peut « que difficilement se représenter qu'un appendice absolument sain et n'ayant aucun contenu appréciable soit atteint par un traumatisme et, qu'une lésion directe même minime s'ensuive, étant données la petitesse de l'organe, son peu de fixité et par suite sa facilité à fuir sous un choc ».

Quant à la dernière observation que notre collègue a apportée ici, elle présente au point de vue qui nous occupe un intérêt tout spécial. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui tombe d'une hauteur de 2 mètres et depuis lors ressent une douleur dans la fosse iliaque, qui l'oblige à s'aliter.

M. Guinard croit à une crise d'appendicite, l'opère et tombe sur un énorme hématome au milieu duquel il trouve l'appendicite qu'il enlève.

A propos de ce malade, notre collègue émet l'hypothèse suivante. Il admet que la résorption de l'hématome dans lequel est inclus

l'appendice aurait pu amener une modification des rapports de celui-ci avec le cæcum, et il pense que dans des traumatismes de ce genre « il peut survenir des adhérences qui fixent le vermium, ou le coudent, ou l'étranglent plus ou moins et le mettent, alors qu'il était sain avant l'accident, en état de moindre défense contre une infection ».

Pour quelque ingénieuse qu'elle soit, cette hypothèse ne peut avoir la valeur d'un fait et ne saurait nous être utile dans la discussion actuelle.

Mais voici justement un autre fait que j'emprunte au travail de Sonnenburg et qui montre comment un traumatisme qui a atteint la région iléo-cæcale a pu créer des dispositions qui facilitent ultérieurement l'apparition d'une appendicite.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans qui entre dans son service de Moabit-Hopital le 19 décembre 1900.

Cette malade a toujours été en excellente santé. Aux fêtes de Noël de l'année précédente, elle reçoit un coup violent dans la région abdominale droite. Elle ressentit bientôt de violentes douleurs en ce point. Celles-ci se reproduisent de temps en temps, s'accroissent vers Pâques au point de nécessiter l'alitement. Vomissements et fièvre. Depuis cette époque la malade ressentait souvent en marchant des douleurs du côté droit. Il y a quinze jours, l'état de la malade devint plus grave et elle dut de nouveau garder le lit. A l'examen, on constate une paroi abdominale souple. Pas de matité ni de défense musculaire.

Dans la région iléo-cæcale, il existe une douleur à la pression profonde. Les organes génitaux sont sains.

M. Sonnenburg diagnostique une appendicite simple. A l'opération il constate l'existence de fines adhérences unissant les anses intestinales. L'appendice est sous le cæcum adhérent légèrement par son extrémité libre et présentant de très nombreuses et fines adhérences avec le psoas iliaque et les vaisseaux. Il ne présente aucune lésion apparente, sa longueur est de 5 à 6 centimètres; à l'extrémité on constate l'existence d'une concrétion stercorale; à la coupe la muqueuse est hypertrophiée; il existe un peu de liquide dans sa cavité.

M. Sonnenburg pense de son côté que, sous l'influence du traumatisme, il s'est fait un épanchement sanguin autour du cæcum et de l'appendice et que cet épanchement a provoqué des adhérences, en particulier au niveau de l'extrémité appendiculaire où le coup semble avoir été le plus violent. Ces adhérences ont amené la fixation de l'appendice à l'aponévrose du muscle psoas iliaque, d'où la difficulté de son évacuation et la production d'un catarrhe chronique qui se serait développé à la suite du traumatisme

dans un appendice normal. La preuve pour Sonnenburg réside dans la présence de concrétions stercorales.

Voilà donc *a priori* l'hypothèse de Guinard réalisée. Les deux observations semblent se compléter l'une l'autre et constituer les deux stades d'une même évolution. Guinard nous montre l'hématome et suppose une évolution qu'on ne peut admettre *a priori*, mais que semble confirmer l'observation de Sonnenburg. Mais nous n'avons pas la preuve que dans ce deuxième cas il y ait eu un hématome comme dans le cas de notre collègue, de telle sorte que l'explication proposée par Sonnnenburg reste aussi hypothétique que l'est celle de Guinard; au résumé, l'appendicite traumatique ne peut être réellement admise que si l'on arrive à suivre chez le même malade les deux stades indiqués par Guinard et Sonnenburg; néanmoins il m'a paru intéressant de rapprocher ces deux cas.

En tout cas, si ce rapport du traumatisme et de l'appendicite était établi scientifiquement et non par des hypothèses, la législation actuelle ne pourrait que difficilement faire rentrer l'appendicite traumatique dans les accidents du travail, et c'est ce qui montre une fois de plus que nous n'avons pas à la Société de chirurgie à envisager le point de vue légal.

Ainsi qu'il a été établi par la Cour de cassation, comme je vous l'ai dit dans une de nos dernières séances, on ne peut faire dans un accident de ce genre, état des crises antérieures, et le rapport entre l'accident et ses suites appartient exclusivement au domaine juridique. Il en résulte qu'une crise d'appendicite banale suivant de près le traumatisme risque de rentrer dans les accidents du travail, tandis que la vraie appendicite traumatique, si elle vient à être démontrée, échappera le plus souvent à la loi, puisque les crises qui en sont l'expression pourront se présenter à une époque plus ou moins éloignée de l'accident; et Sonnenburg, dont l'autorité est considérable près des tribunaux allemands en ce qui concerne l'appendicite traumatique, exprime une opinion analogue en disant que son observation qu'il étiquette « appendicite d'origine traumatique » et dont je vous ai relaté les points principaux, n'appartient pas aux cas judiciaires.

Rapport.

Sur deux observations de blessures du poumon compliquées d'hémorragies graves, par MM. OMBREDANNE et P. DUVAL.

Rapport de M. E. DELORME.

Vous n'avez pas perdu le souvenir de ces discussions anciennes et récentes sur les plaies pénétrantes de poitrine compliquées d'hémorragies sévères dans lesquelles l'opportunité ou les contre-indications d'un traitement direct ont été si diversement envisagées. Avec un certain nombre d'entre nous notre collègue Lucas-Championnière s'y est montré partisan de l'expectation ; avec de moins nombreux appuis, mais avec non moins de conviction, j'ai soutenu la cause de l'intervention directe. Tous deux nous avons reproduit ici des arguments déjà présentés à l'Académie de médecine. Dans ces discussions la cause de l'expectation semble avoir recueilli, au sein de la Société, plus d'appoints que celle de l'hémostase directe alors qu'en dehors de cette enceinte elle perd incontestablement du terrain dans les cas graves, les seuls en cause. Il est évident que la question ne peut se résoudre que par des faits, que c'est d'eux qu'il faut attendre nos éclaircissements; tout porte à croire qu'en raison de certaines tendances de nos mœurs, de la fréquence des tentatives homicides, et d'autre part d'une hardiesse croissante des chirurgiens à laquelle les incite le traitement direct des plaies du cœur, nous n'attendrons pas longtemps des faits démonstratifs. Les observations de MM. Ombredanne et Duval, que je vais avoir l'honneur de vous rapporter, le fait intéressant que notre collègue M. Beurnier nous a signalé en présentant son malade seront vraisemblablement et à bref délai suivis d'autres aussi instructifs.

Les observations de MM. Ombredanne et Duval sont trop précieuses pour que je ne les transcrive pas *in extenso*.

OBS. I. — *Double plaie du poumon traversé de part en part par une balle de revolver. Hémothorax grave. Thoracotomie. Sutures. Guérison*, par M. OMBREDANNE.

Le 15 octobre, je suis appelé d'urgence à la Charité auprès d'un jeune soldat qui, une demi-heure auparavant, s'était tiré un coup de revolver, calibre 8 millimètres, dans la région du cœur.

Le blessé est d'une pâleur livide; ses lèvres sont décolorées. Il est profondément oppressé, sa respiration est courte et pénible.

L'orifice d'entrée du projectile est à 2 centimètres à gauche du ma-

melon gauche; ses bords sont noirs, il laisse sourdre un peu de sang mélangé de quelques bulles d'air. Il n'y a pas d'orifice de sortie en arrière du thorax. Le pouls est à 100, faible.

Autour de l'orifice d'entrée, un peu d'emphysème sous-cutané. Le blessé n'a pas craché de sang, ne tousse pas.

Tout le côté gauche du thorax est mat et silencieux. Au niveau du cœur, il est impossible d'entendre ses battements; on ne perçoit qu'un roulement continu, une sorte de bruit de rouet.

La plaie du poumon avec hémothorax formidable ne fait pas de doute. Avant d'avoir ausculté, j'avais annoncé que la situation de l'orifice d'entrée écartait l'idée d'une plaie du cœur, étant donné qu'il s'agissait d'une tentative de suicide, et que le blessé, droitier, ne pouvait avoir dirigé le canon de son arme de gauche à droite, à telle distance de la ligne médiane. Pourtant ce bruit de rouet semble indiquer l'existence d'un hémo-péricarde.

Pendant mon examen, le pouls a fléchi et devient de plus en plus petit. Le blessé est en train de mourir d'hémorragie; j'interviens, environ quarante-cinq minutes après l'accident.

Le chloroforme est à peine nécessaire. Quelques bouffées endorment le malade. M. Bénard, interne de garde, m'aide. Je taille rapidement un volet cutané et musculaire, haut de 12 centimètres, large de 9, ayant l'orifice du projectile à son centre. Sans relever complètement ce volet musculo-cutané, je sectionne les 4e, 5e, 6e cartilages, puis j'ouvre transversalement le 3e et le 6e espaces. Je puis facilement relever tout ce lambeau thoracique jusqu'à la verticale sans fracturer les côtes en arrière (le sujet a vingt et un ans).

Un flot de sang noir et des caillots énormes s'échappent de la plèvre; le poumon, rosé, bondit hors de la poitrine. Je le saisis, et sous ma main je trouve en pleine face antérieure un orifice de la taille d'une pièce de 1 franc, déchiqueté, d'où sort un énorme jet de sang. Je pince autour de la plaie le parenchyme entre mes doigts, je forme une sorte de cône à la base duquel je place en travers une pince de Kocher, que je remplace aussitôt par une ligature au catgut n° 2, emprisonnant ainsi un petit cône de poumon, une sorte de pédicule qui se trouve lié en masse.

Je débarrasse la plèvre des caillots qui la remplissent, je l'essuie avec des compresses sèches et je constate que du sang rouge coule encore abondamment au fond.

J'extériorise le poumon et, le renversant sur son hile, je trouve à sa face postérieure l'orifice de sortie de la balle, bien plus petit que l'orifice d'entrée, mais qui saigne abondamment.

Je répète sans trop de difficulté la même manœuvre, je pédiculise cette plaie et je place une ligature en masse. J'assèche à nouveau la plèvre; cette fois l'hémostase est complète. Aucun hématome ne se fait dans le parenchyme pulmonaire. Le poumon ne change ni de forme, ni de couleur, ni de consistance.

Je constate alors que le péricarde est intact et ne contient rien.

Je rabats mon volet de thoracotomie; je passe un point de catgut dans les cartilages costaux pour les maintenir en place. Suture de la

peau au crin de Florence. Je laisse un drain dans le 6e espace, que je me propose d'enlever au bout de quarante-huit heures si tout se passe normalement.

Le pansement fait, j'ausculte le cœur, et je constate que le bruit de rouet a disparu. Les battements du cœur sont nettement perceptibles.

Un litre de sérum. Huile camphrée.

Grâce à l'obligeance de MM. Auvray et Campenon qui successivement dirigèrent le service où était hospitalisé ce blessé, j'ai pu continuer à le suivre.

Au bout de quarante-huit heures, température 36°8; pouls à 110. Bon facies. J'enlève le drain.

Tout alla bien pendant cinq ou six jours; mais peu à peu apparurent les signes d'un épanchement dans la plèvre.

La température s'élève aux environs de 38 degrés.

Le quinzième jour, l'épanchement est abondant, il a fusé à travers le 6e espace intercostal et soulevé une suture cutanée qui cède en laissant filtrer de la sérosité.

J'interviens dans l'après-midi, j'ouvre le thorax en arrière dans le 8e espace, et je résèque la 8e côte sur 5 centimètres. Je donne issue à une grande quantité de liquide louche. Je laisse deux gros drains à demeure.

La guérison suit alors son cours normal; la cavité se comble peu à peu. Le malade quitte l'hôpital pour achever sa convalescence à Versailles. Les drains ont été progressivement raccourcis; quand je revis le blessé, le 15 janvier, sa fistule était complètement fermée.

Ce jeune homme vient d'être réformé.

Plusieurs points de cette observation, nous dit M. Ombredanne, me semblent présenter un certain intérêt.

1° L'indication opératoire m'a semblé nette; quand un blessé est en train de mourir d'hémorragie, il faut pincer les vaisseaux qui saignent;

2° Avant mon intervention, l'auscultation de la zone précordiale donnait dans toute son étendue *un bruit de rouet* qu'on considère en général comme un signe d'épanchement péricardique. Or, le péricarde étant intact après asséchement de la plèvre, j'ai immédiatement constaté que ce bruit avait cessé et que les battements du cœur étaient redevenus perceptibles. Le bruit de rouet peut donc être dû au brassage par le cœur d'un épanchement pleural abondant qui en masque les battements. Je ne crois pas ce fait connu;

3° J'ai laissé un drain dans mon incision antérieure, pendant quarante-huit heures. Ce drain n'a servi à rien. Si j'avais infecté gravement la plèvre, il aurait été insuffisant; sinon il était inutile;

4° Aurais-je dû d'emblée ouvrir le thorax en arrière, au point le plus déclive, le draîner par là ? Je ne le sais pas. Lorsque j'ai constaté, vers le sixième jour, l'existence nette d'un épanchement séreux dans la plèvre, je ne me suis pas hâté de l'évacuer. Rien ne me permettait d'affirmer que cet épanchement était virulent; je me suis demandé si

cet épanchement supposé aseptique ou peu septique se résorberait spontanément.

Quand cet épanchement a augmenté, que la température a commencé à osciller aux environs de 38 degrés, j'ai fait une thoracotomie postérieure. Aurais-je procuré à mon blessé une guérison plus prompte en pratiquant cette opération complémentaire immédiatement après avoir fait l'hémostase du poumon ?

Peut-être, d'autant que les observations de plaies graves du poumon traitées par la thoracotomie que j'ai parcourues, tendent à me faire croire que la formation d'un épanchement septique post-opératoire est presque fatale, l'infection se produisant soit du fait du passage du projectile, soit par la plaie cutanée, soit par les plaies des bronches, avant qu'on ait eu le temps de les oblitérer. Je serais tenté de drainer *d'emblée* la plèvre au point déclive, si j'avais à pratiquer une autre intervention dans des conditions analogues.

C'est un point que seules des observations assez nombreuses pourront, selon moi, permettre de trancher.

Obs. II. — *Plaie du poumon, suture*, par M. Pierre Duval.

F... (Auguste), trente ans, est apporté dans le service de M. Quénu, le 7 mars 1907, à 11 heures du matin. Il s'est tiré lui-même dans la matinée deux balles de revolver. La première dans la région frontale droite, la seconde dans la région du cœur.

Nous trouvons un blessé dont la plaie de tête saigne abondamment ; son pouls est misérable, le facies violet, la respiration courte, pénible, rapide. Le blessé est porté à la salle d'opération. M. Mathieu, interne, s'occupe de la plaie de tête. M. Quénu et moi examinons le thorax.

Plaie à 3 centimètres sous le mamelon et un peu en dedans. Emphysème sous-cutané important qui ne permet pas d'entendre les battements du cœur. Le pouls est toujours rapide et petit. M. Quénu pense que le cœur n'est pas touché. Je me permets pourtant d'insister pour l'opération immédiate et mon maître m'autorise à intervenir.

Chloroformisation. Le malade se débat avec effort et retrouve sous l'excitation anesthésique une énergie très appréciable qui permet à M. Quénu d'affirmer que le cœur n'est pas touché.

Volet à charnière externe.

Pneumothorax total, la plèvre contient une assez grosse quantité de sang. Le péricarde est intact.

Le bord pulmonaire antérieur est saisi avec des pinces en cœur et le poumon est en presque totalité sorti du thorax.

Plaie sur la face antérieure du lobe supérieur à 2 centimètres au-dessus de son bord inférieur. Suture par deux points : je ne trouve pas de plaie pulmonaire postérieure.

Nettoyage soigneux de la plèvre.

Suture totale du lambeau, drainage. Occlusion de la plaie par un pansement à l'adhésol.

Ponction immédiate du pneumothorax dans la ligne postérieure.

M. Mathieu traite la plaie pénétrante de la tête.

Les suites opératoires sont simples.

Broncho-pneumonie gauche et râles à droite qui maintiennent la T. aux environs de 38 degrés. Etat général bon qui permet d'espérer la guérison. Une seconde ponction pleurale pratiquée le troisième jour montre qu'il n'y a ni épanchement, ni air dans la plèvre.

Le nombre des respirations n'a pas dépassé 30 par minute.

Remarques. — L'observation vécue de M. Ombredanne est, comme vous en avez jugé, d'un puissant intérêt. On y voit un blessé dans un état particulièrement grave avec pâleur de la face, lèvres décolorées, profondément oppressé, au pouls à 100, ne crachant pas de sang, rendant peu de sang spumeux par sa plaie antérieure, mais présentant en moins de quarante-cinq minutes un « hémothorax formidable et tout un côté du thorax, le gauche, mat et silencieux ». La plaie pulmonaire correspondait approximativement à 2 centimètres environ du mamelon gauche; elle était par conséquent oblique en dehors et ne répondait pas à des vaisseaux du hile.

Comme M. Ombredanne, j'estime que son blessé était en danger de mort, et ceux qui douteraient de l'importance du vaisseau lésé malgré l'apparition aussi soudaine d'un « hémothorax formidable » n'auraient qu'à se reporter à sa description : « Je trouve en pleine face antérieure un orifice de la taille d'une pièce de un franc, déchiqueté, *d'où sort un énorme jet de sang.* »

L'indication était donc formelle, M. Ombredanne l'a saisie avec toute la décision qu'un pareil traumatisme impose à un chirurgien de tempérament, et un succès dû à lui, rien qu'à lui, a été la récompense de sa décision, de son sang-froid et de son habileté.

Qu'il me soit permis cependant de faire une remarque, d'exprimer un regret. Pour un chirurgien de carrière, il ne peut rien avoir de désobligeant et il me paraît nécessaire de ne pas le taire pour l'intérêt de la solution d'une question litigieuse qui nous importe tant.

Lorsqu'on apporte à une question discutable des documents, ils ne sauraient être ni trop complets ni trop circonstanciés. Je sais bien qu'il est dans les habitudes des chirurgiens d'être brefs, que l'observation est difficile et de second ordre quand toute l'attention est concentrée sur un acte d'où dépend la vie du blessé et qui pour être efficace doit être rapide; cependant ne serait-il pas possible dorénavant de concilier les exigences de l'opération et celles de la documentation scientifique? Il vous appartient d'en décider et d'en faire la remarque.

L'observation de M. Ombredanne qui marque si bien les étapes dramatiques du chirurgien, manque de détails que nous aurions

désiré y trouver. Nous n'y voyons pas l'exposé de signes qu'on considère comme de valeur : tels le nombre des respirations, l'état de la température rectale, le nombre de pulsations comptées à plusieurs reprises. Cette observation est muette sur l'état de la poitrine après guérison. Mais c'est surtout à l'occasion de la relation très intéressante, de l'intervention non moins hardie, justifiée et heureuse de M. Duval que mes regrets ont été grands. Elle nous est rapportée d'une façon si sommaire que la description des signes manque. Que marquaient exactement le pouls, la respiration, la température dont on veut tirer aujourd'hui des indications de premier ordre? Bien plus, qu'ont fourni l'auscultation et la percussion qui donnent les signes capitaux? L'auteur parle du pneumothorax total mais après l'ouverture de la poitrine; il n'est question ni d'hémorragie extérieure ni d'expuition et le résultat définitif est inconnu.

Il serait désirable qu'à l'avenir les jeunes chirurgiens qui sur cette question nous adresseront une narration de leurs observations nous fournissent plus que des succès, qu'ils s'arrêtent à des descriptions substantielles, à une documentation qui nous permette de discuter en toute connaissance de cause des principes pratiques, de préciser des indications incertaines, de supputer la valeur des résultats.

Tandis que M. Pierre Duval a pratiqué un volet à charnière externe, M. Ombredanne, pour découvrir le poumon, a tracé une brèche thoracique un peu différente de celle que j'ai proposée et qui est aujourd'hui conseillée par nos classiques. Il s'est abstenu de ménager au volet des charnières et, après l'avoir délimité par une section verticale et deux sections obliques correspondant aux 3[e] et 6[e] espaces intercostaux il a pu, chez son sujet jeune, l'entrebâiller assez pour pouvoir découvrir aisément le poumon, le saisir et le ligaturer. Son exemple mériterait peut-être d'être suivi et je n'aurais aucun regret à reconnaître que dans le cas où il donne assez de jour, ce mode, plus hâtif que le volet à charnière, réalise un avantage dans des circonstances où la célérité extrême est une condition de succès, qu'il limite le traumatisme chirurgical tout en laissant la latitude, dans le cas où l'accès qu'il donne serait insuffisant, de le compléter par des sections costales à sa base.

M. Ombredanne insiste, dans son observation, sur un signe qu'il aurait, à l'auscultation, relevé chez son malade, sur *un bruit de rouet*, un roulement continu des bruits du cœur remplaçant des battements qu'il était impossible d'entendre. Ce bruit est considéré comme un signe d'épanchement péricardique ; or, chez son blessé le péricarde ne contenait pas de liquide.

« Je ne crois pas, dit-il, ce fait connu. »

Pour ma part je ne l'ai jamais vu signaler dans les observations d'hémothorax traumatiques, même dans celles où l'examen du malade avait été pratiqué à la fois par un chirurgien et un médecin, et les cliniciens médicaux très compétents auxquels j'en ai parlé m'ont avoué ne l'avoir jamais entendu dans les épanchements de la plèvre. Il conviendra à l'avenir de le rechercher.

Les observations de MM. Ombredanne et Duval nous ramènent forcément à la discussion toujours pendante des indications de l'intervention directe dans les hémorragies graves du poumon d'origine traumatique, qu'elles se traduisent par un hémothorax rapide et très abondant, ce qui est le cas le plus ordinaire, un hémothorax avec des hémoptysies graves ou une hémorragie externe grave.

Pour les jeunes chirurgiens dont je viens de relater les faits, leur acte a traduit leur pensée, et cette pensée c'est celle que j'exprime depuis plus de quinze ans. J'ai à diverses reprises bien réfléchi à cette question, je n'ai pas changé d'avis. Avec une conviction toute opposée à celle de M. Lucas-Championnière mais ni moins solide ni moins tenace que la sienne, j'estime *qu'il est des cas où l'intervention directe est le plus sûr, le* SEUL MOYEN *de sauver le blessé.*

Ces interventions ne sauraient s'appliquer — il n'est pas inutile d'en faire la remarque pour éviter des abus — aux cas d'hémothorax faibles ou moyens, de beaucoup les plus nombreux, où l'immobilisation et l'occlusion donnent de si faciles et de si beaux succès, mais elles doivent s'appliquer : 1° à ces cas graves où le chirurgien a la conscience que la vie de son blessé court les plus grands dangers du fait de l'abondance ou de la persistance de l'hémorragie extérieure ou interne ; 2° quand la plaie pénétrante du poumon est suivie d'une véritable inondation pleurale ou quand, dans les premières heures, on assiste à une aggravation rapide et simultanée des accidents fonctionnels et physiques et qu'il y a tout à présumer que des artères de troisième ou de deuxième ordre sont atteintes. *Dans tous ces cas il n'y a pas à hésiter, il faut aller droit au poumon.*

A cette heure où les interventions directes ne dépassent pas la quinzaine, la crainte d'aggraver l'état du blessé par un traumatisme chirurgical conserve encore de la valeur comme argument.

Le blessé d'Omboni a succombé le septième jour, mais le chirurgien italien avait été trop ménager dans son acte préparatoire de découverte pour qu'on puisse en tenir compte dans la terminaison fatale. Plus exigeant, j'ai perdu mon blessé, mais il ne faut

pas l'oublier, je l'opérai *in extremis* après avoir en vain, pendant trois jours, proposé une intervention directe aux lieu et place de l'occlusion. C'est une victime de l'expectation. Michaux, Annequin Quénu et d'autres qui ont opéré dans des conditions moins précaires ont sauvé leurs malades.

Avec des faits comme ceux que MM. Ombredanne, Duval et Beurnier nous ont cités, avec ceux que les interventions pour plaies du cœur nous fournissent fréquemment, cet argument ne sera bientôt plus invoqué. J'estime que le volet thoracique, sans la dissection des parties molles que je faisais autrefois, avec ou sans charnière, ne compromet pas plus l'état du blessé que ne le fait l'empyème avec résection costale qu'on n'hésite pas cependant à pratiquer journellement chez les pleurétiques à vaste épanchement, cyanosés et suffocants.

Un autre argument a bien plus de portée. En vous adressant à l'intervention directe, vous risquez de faire des opérations inutiles; des guérisons, dit-on, ne sont-elles pas obtenues journellement par l'expectation, l'immobilisation et l'occlusion chez des blessés présentant des hémothorax très abondants? Enfin quel est, peu après le traumatisme, alors que l'intervention paraît le plus urgente, votre critérium sûr de la gravité de l'état du blessé?

Lorsqu'on parcourt non quelques observations, mais des séries d'observations de blessés atteints de plaies pénétrantes du poumon, on ne peut qu'être frappé en effet de la facilité absolue ou relative avec laquelle un très grand nombre d'entre eux qui, dans les premières heures, donnaient les plus grandes inquiétudes, ont surmonté les troubles de leur hémorragie ou de leur hémothorax surtout quand celui-ci ne dépasse pas une étendue moyenne. La respiration se régularise, les menaces d'asphyxie disparaissent. C'est d'ailleurs ce qu'on observe chez le pleurétique. Le nombre est considérable de ces blessés qui, au début ou quelques heures après le traumatisme, présentaient les signes les plus alarmants, une respiration difficile, superficielle, accélérée, une dyspnée extrême, un pouls filiforme et très fréquent, un état syncopal, de la cyanose, des menaces d'asphyxie, de l'anxiété, quelquefois du délire et qui se calment vite, très vite, même spontanément, ou sous l'influence d'une piqûre de morphine.

Que prouvent ces faits indiscutables que les statistiques personnelles confirment et proportionnalisent? Qu'en général, le traitement expectant est le traitement de choix; nous sommes d'accord que ce traitement expectant doit rester le traitement habituel des plaies pénétrantes de poitrine compliquées d'hémorragies assez graves et d'hémothorax assez étendus; je le concède; que les difficultés qu'au milieu de signes fonctionnels tapageurs sans pro-

portion avec les signes physiques, le chirurgien éprouve à supputer le degré d'instabilité vitale d'un de ces traumatisés, l'exposent à des opérations inutiles, c'est encore exact; mais tout cela prouve-t-il qu'à côté du *traitement de choix*, qui compte ses faillites comme ses succès, il n'y a pas place pour une intervention d'exception qui, parce qu'elle s'adresse aux cas les plus sévères, aura toujours besoin d'être jugée avec indulgence, mais qui n'en reste pas moins une méthode bien chirurgicale, très claire dans son but, sûre dans sa technique.

Ces faits vrais dont il semble que certains outrent les conséquences, ne font pas disparaître les descriptions prises sur le vif par nos anciens auteurs, ne nous font pas oublier complètement leurs anxiétés en présence de ces malades dont il leur fallait alternativement fermer ou ouvrir la poitrine suivant les oscillations de l'épanchement, l'arrêt ou la persistance de l'hémorragie, le calme relatif ou le trouble profond de la respiration et de la circulation du cœur droit. Que le calibre moindre des projectiles, que l'antisepsie et l'asepsie en prévenant ou en éloignant les accidents d'infection suraigus ou aigus de la plèvre surajoutés à l'hémothorax, servent encore la cause de l'expectation, il n'en reste pas moins *des cas où l'intervention directe est opportune et ne saurait être remplacée par une négation*.

Est-ce donc toujours avec une rigueur de laboratoire qu'en présence de nos malades nous déterminons les indications et les contre-indications de nos opérations? Sans doute cette rigueur est un idéal dont nous avons le devoir de nous rapprocher, mais elle est impossible pour une intervention nouvelle qui aurait besoin d'asseoir ses formules sur des séries de faits qui lui manquent ou sur des faits autres que ceux qu'elle possède et qui ne lui apportent pas la documentation spéciale qu'elle réclame. Dans sa période du début, cette opération comportera des incertitudes, des abus, des difficultés qui disparaîtront dans la suite, mais tout cela encore une fois *ne vise que son opportunité dans les cas d'espèce, mais non son utilité ou sa nécessité générales*.

Nélaton, dans sa thèse, nous a donné de la gravité des grands hémothorax une statistique qui le porte à estimer à la moitié des cas leur mortalité. Sur 14 observations de plaies de poitrine avec hémothorax, il aurait relevé 8 morts, mais on l'a fait remarquer, sa statistique est globale; elle ne différencie pas les hémothorax d'origine pulmonaire des hémothorax fournis par les gros vaisseaux et le cœur. Elle ne peut donc nous servir ici, et je n'en connais pas d'autres. Le Dr Brunschwig, de Montpellier, a demandé à l'expérimentation sur les animaux des renseignements que les observations humaines ne pouvaient lui fournir. Il estime à 1/7 la

proportion des hémothorax mortels d'origine pulmonaire. Mais, pour les chirurgiens de carrière, est-il absolument besoin de statistique pour se convaincre? Nous savons tous qu'il est de gros hémothorax d'origine pulmonaire qui sont mortels ou qui menacent les jours du blessé par la soudaineté de leur apparition, par le degré de l'anémie traumatique qu'ils provoquent, le tout compliquant le trouble profond, mécanique, apporté à la respiration et à la circulation par l'hémihémothorax massif et rapide.

La thèse de Gouzien nous donne, du médecin inspecteur Grall, la narration d'un fait bien démonstratif, typique, de l'insuffisance de l'expectation dans un de ces cas graves, et cependant la marche de la complication avait été telle qu'elle avait ménagé au chirugien le temps nécessaire à une décision réfléchie et à des préparatifs réguliers. On ne saurait choisir de meilleur exemple :

Le lieutenant W..., de la Légion étrangère, reçoit une balle dans la poitrine, près de Kelung. Le projectile pénètre en avant, dans le 4e espace intercostal gauche, en dehors de la région précordiale, et sort en arrière dans le 6e espace.

Délire et agitation très marqués; hémorragie abondante par les plaies et par la bouche.

On ne peut parvenir à appliquer le pansement occlusif, vu la persistance de l'écoulement sanguin. L'air passe en sifflant à travers les orifices, pendant les mouvements d'expansion et de rétraction du thorax.

Le visage est très pâle et se décolore de jour en jour, jusqu'au 4e *jour*, où le blessé succombe avec tous les signes de l'hémorragie interne.

A l'autopsie, on trouve un épanchement abondant de sang dans la cavité pleurale. La balle avait sectionné *une branche de troisième ordre de l'artère pulmonaire.*

Fait remarquable, cet officier avait reçu, quelques années auparavant, une balle arabe qui lui avait traversé le côté droit de la poitrine de part en part. Il avait guéri de sa blessure sans complication.

Dans ce cas, l'expectation a montré ce qu'elle pouvait faire. Elle peut assurer la guérison; elle peut aussi, par son insuffisance, exposer le blessé à la mort.

Les faits de Panas, de Nélaton, de Michaux, de Wagner ne sont-ils pas aussi démonstratifs, et ils se multiplieront quand, au lieu de colliger les cas de guérison favorables à l'expectation en vue de faire ressortir ses avantages, les chirurgiens supputeront — ce qu'ils n'ont pas fait jusqu'ici, pour les observations terminées par la mort — la part qui revient à cette expectation

excessive dans la terminaison fatale. Je signale ce sujet d'étude à de jeunes médecins en quête de sujets de thèse intéressants.

Ici, comme en tant d'autres questions, les notions *moyennes* des classiques s'imposent d'une façon peut-être exclusive à nos esprits. Elles ont parfois besoin d'être reprises, et pour ce qui est des plaies de poitrine j'en ai trop fait personnellement l'expérience, en particulier le jour où j'ai vu, après l'ouverture large de la poitrine, le poumon, non pas s'affaisser, mais, d'une façon toute paradoxale, sortir follement du thorax pour ne pas le désirer.

Perforé, le poumon s'affaisse, sa rétraction qui diminue ou oblitère la plaie parenchymateuse, la compression qu'exerce sur ce poumon l'air en tension du pneumothorax ou le sang de l'hémothorax, ces conditions, très souvent, assurent une hémostase qui est favorisée encore par d'autres dispositions, telles l'étroitesse des plaies, leur obliquité, leur étendue, l'immobilité du blessé etc. Voilà la donnée *moyenne*, mais elle ne s'applique pas à tous les cas.

Le poumon peut trouver dans les adhérences des obstacles à sa rétraction et l'hémorragie continuera. Panas vous a parlé de ces adhérences; on les trouve dans un tiers des cas. La plaie peut être directe, plus ou moins large; son canal, bien que rétréci, peut être encore suffisant pour livrer passage au sang, d'autant que les branches vasculaires de deuxième et de troisième ordre s'adossent à des bronches qui elles ne se rétractent pas. Elles contribuent, avec le parenchyme affaissé, à constituer le moignon pulmonaire logé dans l'angle costo-vétébral. Ce n'est pas tout.

Tous les blessés n'ont pas les deux poumons équivalents, un cœur excellent d'adulte sain, un système nerveux équilibré, et tel qui compenserait par un hémithorax sain les troubles d'un vaste hémothorax, serait perdu si le poumon non comprimé n'était pas intact.

Tel dont le cœur malade souffre d'une dilatation droite va subir à un haut degré les effets d'un hémothorax étendu, d'un brutal et excessif déplacement; tels autres, dont l'anxiété extrême, les troubles dyspnéiques, le délire ne sont pas d'origine nerveuse, trouveront une sédation dans une incision libératrice que les anciens ne pouvaient pas se permettre avec la quiétude des interventionnistes directs, parce qu'ils avaient l'arrière-pensée qu'en ouvrant la poitrine et en évacuant l'hémothorax ils sollicitaient de la plaie pulmonaire un nouvel appel de sang et qu'ils aggravaient l'anémie du blessé.

Nous n'avons pas, nous, ces craintes. Si nous vidons la cavité thoracique, nous obturons en même temps la plaie pulmonaire, source de l'hémorragie.

Or, on perd trop de vue aujourd'hui le calme bienfaisant que l'évacuation du sang en tension procure à cette catégorie de malades. Si l'on revient à la lecture des observations anciennes sans remonter à celle classique de Dionis, on est saisi de la rapidité avec laquelle ce calme est obtenu. Chez beaucoup ce n'est même pas une incision qui a procuré cette amélioration, c'est la réouverture d'une plaie postérieure déclive, suffisamment large. Mais n'est-ce pas là un soulagement que chaque jour nous obtenons et constatons dans les épanchements massifs, totaux et purulents de la plèvre, traités par l'empyème?

Eh bien, à supposer que, dans des cas *limites* mais toujours graves où l'expectation eût peut-être plus simplement obtenu la guérison du blessé que l'intervention directe, que dans ces cas limites on se soit adressé à cette dernière, l'intervention a pour se défendre les arguments suivants :

1° D'emblée elle fait disparaître l'hémothorax;

2° Elle permet de débarrasser la cavité du thorax de caillots ou autres corps étrangers qu'elle renferme;

3° En faisant l'occlusion directe de la plaie pulmonaire elle s'oppose au renouvellement de l'hémorragie et permet au poumon de reprendre au plus vite sa place contre la paroi. M. Duval est même allé plus loin. Après avoir réuni la plaie par première intention, il a aspiré l'air de la cavité thoracique. Sa conduite mérite d'être suivie;

4° Enfin au cas où l'infection de la plèvre réclamerait une incision secondaire, celle de l'intervention directe peut suffire. Or, les observations montrent que ces infections secondaires sont bien loin d'être exceptionnelles.

Avant d'aller plus loin, et pour résumer, je dirai :

Il paraît incontestable que les plaies pénétrantes du poumon par les instruments ou objets vulnérants, les armes blanches ou les projectiles, compliquées d'hémorragies TRÈS SÉVÈRES, *réclament une intervention directe.*

J'arrive à l'exposé des cas qui semblent réclamer cette intervention directe, à l'étude des signes qui peuvent servir de guide pour en préciser les indications. Mais, avant toute discussion, je tiens à faire ressortir toute la différence qui sépare un partisan de l'intervention directe d'un partisan de l'expectation pour qui les cas d'espèce n'existent pas et qui, à toute plaie pulmonaire compliquée d'hémorragie et d'hémothorax, applique la même conception, la même formule, les mêmes moyens thérapeutiques : l'occlusion et l'immobilisation. Un diagnostic précis est, pour le dernier, de minime importance et l'on comprend qu'il aille jusqu'à défendre de la rechercher. Ce diagnostic est capital pour le premier, aussi

l'on comprendra que nous insistions sur les signes des grosses hémorragies pulmonaires et que nous fassions ressortir ce qu'il comporte encore d'inconnues. Il y a là tout un chapitre à reprendre.

I. *Gravité de l'état général.* — Sans doute il est des cas dans lesquels un hémothorax massif et rapide n'a pas coexisté avec un état général grave, mais les signes fonctionnels immédiats des grosses hémorragies pulmonaires sont d'ordinaire des plus impressionnants pour l'entourage et pour le chirurgien. Etat syncopal, pouls filiforme, d'une fréquence extrême en rapport avec la continuité de l'hémorragie, 120, 140, 150 pulsations; respiration très superficielle avec 30, 35, 40 inspirations par minute, avec dyspnée; température abaissée de 1 à 2 degrés et plus; accès de suffocation, agitation, délire, cyanose où pâleur mortelle, anxiété extrême, menace de mort.

Cependant ces troubles, si dramatiques qu'ils soient, même lorsqu'ils coexistent avec une hémoptysie, des crachements de sang, un hémothorax, *ne peuvent autoriser le chirurgien à intervenir directement, si les signes physiques ne sont pas prépondérants.* Trop nombreuses, en effet, je l'ai déjà dit, sont les observations de blessés guéris dans lesquelles on a signalé la disparition rapide de ces signes fonctionnels. Et puis, leur pathogénie est loin d'être liée exclusivement à l'hémorragie et à l'hémothorax.

Cependant si ces signes fonctionnels n'ont qu'une valeur relative et nous paraissent insuffisants pour autoriser une intervention directe, bien plus, s'ils sont de ceux dont le chirurgien a à se garder de trop subir l'influence, ils acquièrent une réelle valeur quand : 1° ils sont unis à des signes physiques importants; 2° s'ils persistent après quelques heures, plus d'un jour, ou 3° s'ils résistent à la thérapeutique médicale.

De ces symptômes, c'est le pouls, c'est la respiration et la température qui fournissent les indications les plus précieuses.

II. *Siège de la plaie ou des plaies.* — Le siège des plaies fournit des indications précieuses sur l'opportunité de l'intervention et sur sa forme. Ces indications ont besoin d'être contrôlées par les précédentes ou les suivantes.

J'en cite quelques-unes.

Si l'hémostase *spontanée* est obtenue plus aisément lorsque la plaie correspond à la partie inférieure du poumon, elle est peut-être moins facilement acquise quand la plaie ou les plaies siègent au-dessus. En tout cas, suivant la position du blessé, elle exige un épanchement plus étendu, plus anémiant, plus dangereux.

La zone des vaisseaux du hile est centrale. Si le corps vulnérant

a traversé la paroi de part en part à leur niveau, le chirurgien, en présence des signes d'une hémorragie assez grave, peut être sollicité à intervenir. Si l'hémorragie est grave, il n'a pas à hésiter.

Je ne parle que pour mémoire des cas où le siège de la plaie au bord inférieur d'une côte, au voisinage du bord sternal (Vialle), sur le trajet de la mammaire externe (Peyrot), indique que la source de l'hémorragie réside dans la blessure d'une artère pariétale, auquel cas il suffira d'un débridement pour trouver le vaisseau et reconnaître, suivant la persistance ou l'arrêt de l'hémorragie après cette ligature, l'utilité ou l'inutilité de la formation d'un volet thoracique.

III. *Signes physiques* : *a*) Hémoptysie, *b*) Hémorragie extérieure, *c*) Hémothorax.

Ce sont les signes capitaux. Tout en me gardant de rappeler ici les descriptions qu'on retrouve partout, je me vois cependant obligé de m'arrêter à la discussion de la valeur de ces symptômes qui fournissent au chirurgien partisan de l'intervention directe, ses plus précieux repères.

L'hémoptysie indique une pénétration pulmonaire. Quand elle est un peu abondante et persistante, on a des raisons de penser à la lésion d'un vaisseau important. Dans ces conditions, sa constatation incite le chirurgien à intervenir.

Il y aurait lieu, plus qu'on ne l'a fait, d'étudier, au point de vue des indications de l'opération, la valeur des crachats ou de l'expuition en masse du sang.

Si ce signe manque quand le poumon n'a pas été intéressé très profondément, il peut encore faire défaut alors même que des vaisseaux bronchiques ont été ouverts. C'est un fait hors de conteste. Son absence ne saurait donc détourner d'une action utile.

D'ailleurs, *il y a lieu pour le clinicien d'établir toujours une balance entre ces trois expressions de l'hémorragie : l'hémoptysie, l'hémorragie extérieure, l'hémothorax.*

Dans les descriptions de pathologie externe, pour les facilités des descriptions, on les sépare trop ; le clinicien doit toujours les réunir. Des hémoptysies répétées et graves coïncidant avec un hémothorax moyen, sont aussi importantes au point de vue des conséquences de l'hémorragie qu'un hémothorax total qu'on a trop en vue. Une hémorragie extérieure persistante et abondante sans hémothorax, peut être d'égale valeur qu'un hémothorax total. C'est la *quantité totale de sang* qui sort du poumon par la *bouche*, par la *plaie* ou qui *s'arrête dans le thorax* qu'il faut surtout chercher à apprécier, et pour arriver à une appréciation rigoureuse, il faut que les constatations soient répétées et rapprochées.

Je ne saurais trop insister sur ce point.

Une plaie pulmonaire répondant à la partie supérieure du poumon, une plaie pulmonaire oblique donneront moins de sang par la bouche et même par la plaie extérieure qu'une plaie plus directe et plus basse. Ce sera alors l'hémothorax qui dominera.

Autre supposition. Il n'existe qu'une plaie extérieure; elle est antérieure, c'est la règle. On couche le blessé, c'est encore la règle. La plaie extérieure qui avait donné du sang après l'accident ou pendant le transport n'en donne plus. On est tenté de ne pas intervenir, et cependant la sécurité est trompeuse, car le blessé perd toujours son sang. Celui-ci coule dans le thorax et insidieusement pourra le remplir à sa guise.

Il faut que le chirurgien interventionniste suppute bien l'importance de l'hémorragie et, pour cela, il faut que son attention soit, je le répète encore, *à la fois* portée sur l'issue par la *bouche*, les *plaies* et sur le *thorax*, ce que n'a pas de raison de faire le chirurgien expectant.

C'est le thorax qui, par des examens répétés et rapprochés, dans la même position, horizontale de préférence, donne les meilleures indications sur l'augmentation de l'hémorragie, et, quand l'emphysème extérieur ne s'oppose pas à l'examen, celui-ci est facile et est permis.

Il semble bien que la conception que nous avions naguère de l'hémorragie pulmonaire doive se modifier aujourd'hui. Sans doute on regrettait alors l'hémothorax, la perte de sang qu'il représentait, mais, dans l'esprit des chirurgiens si dépourvus de ressources contre l'hémorragie interne, cet hémothorax, en contribuant à affaisser le poumon et par le fait à arrêter l'hémorragie, n'était qu'un demi-mal, aussi la tentative ingénieuse de Chassaignac de remplacer le sang par l'air n'eut-elle pas de succès.

Mais nous qui avons d'autres conceptions et d'autres moyens pouvons-nous, devons-nous penser et agir comme nos devanciers? Que dirions-nous de celui qui de gaîté de cœur laisserait un vaisseau donner un litre de sang et plus; que dirions-nous du chirurgien qui, dans une plaie artérielle des membres, se contenterait d'une occlusion de la plaie extérieure et n'aurait cure de la production d'un volumineux anévrisme diffus? Je ne précise pas l'étendue des reproches que nous lui adresserions, et cependant ces reproches ne pourrions-nous pas nous les faire à l'occasion des plaies pulmonaires? Ce que nous n'admettrions jamais pour un membre, nous l'acceptons sans arrière-pensée pour la poitrine, pour le poumon. Et pourquoi? Je l'ai déjà dit, ce n'est pas de trop d'y revenir : parce que la paroi thoracique reste pour beaucoup un écueil et le pneumothorax un épouvantail. Or,

ou bien il existe ce pneumothorax, ou il ne fera que remplacer un hémothorax qui est son équivalent au point de vue de l'affaissement pulmonaire. Et on a trop oublié que l'opération en permettant au chirurgien de courir sus à la plaie du poumon va favoriser la disparition de ce pneumothorax. Parfois, dans l'agitation du blessé, le poumon vient au contact de la paroi, sort même de la plaie; après l'opération, il lui sera donc facile de reprendre sa place.

Que si l'on alléguait que ces hémothorax rapidement développés et très étendus ne sont pas incompatibles avec la guérison, je m'étonnerais qu'on puisse soutenir d'une façon générale qu'un blessé qui a perdu un à deux litres de sang puisse sans grands risques en perdre encore, et que la crainte de la continuité de l'hémorragie ne doive pas hanter le chirurgien.

On ouvre l'abdomen sans arrière-pensée, on n'hésite pas à aller au foie, au rein, à la rate blessés, déchirés, on enlève des portions étendues et la totalité de ces derniers organes quand les désordres paraissent excessifs, et pour le poumon, dans des cas qu'on sait sévères, on reste attaché à une tradition qui a fait son temps!

Non, ces cas que j'ai ici en vue sont très graves, ils sont des plus alarmants; pour le clinicien, le pronostic du blessé est toujours incertain; la responsabilité du chirurgien est extrême; il ne sait pas exactement ce que le traitement expectant lui réserve et comporte d'aléas; aussi aujourd'hui que nous sommes armés j'estime :

1° *Qu'un hémothorax, très abondant, rapidement développé, se rapprochant de l'épine de l'omoplate ou l'atteignant, doit réclamer une intervention directe dirigée en vue d'obturer la plaie pulmonaire*;

2° *Qu'un hémothorax moyen avec hémoptysies répétées ou expuition abondante du sang spumeux persistant plus de vingt-quatre et de trente-six heures nécessite la même intervention*;

3° *Qu'un hémothorax moyen avec hémorragie externe importante, traversant le pansement, les objets de literie, légitime une intervention directe*. Ce que dans le deuxième et troisième cas la bouche évacue, ce que la plaie donne s'ajoutant à l'épanchement thoracique représente comme perte de sang la valeur d'un hémothorax très abondant, c'est-à-dire une *perte de sang considérable qu'il serait dangereux de laisser s'accroître*;

4° *Qu'une hémorragie extérieure très abondante ne s'arrêtant pas par l'occlusion réclame la même pratique.*

L'expérience vérifiera la valeur de ces données; elles me

paraissent aujourd'hui acceptables, et c'est sans arrière-pensée, sans appréhension, que je les formule.

I. — Les signes de l'hémothorax traumatique sont, en général, ceux de l'épanchement pleurétique ; ils sont révélés par l'inspection, la percussion et l'auscultation.

Si l'élargissement des espaces intercostaux, une voussure, une dilatation du côté correspondant du thorax, l'immobilité de celui-ci, sont des signes d'hémothorax importants que la simple inspection fournit, les signes principaux sont donnés au chirurgien par l'auscultation et *surtout par la percussion*. Ils ne sont ni ongs, ni difficiles à constater, et le chirurgien interventionniste n'a pas à s'arrêter, comme le chirurgien expectant, à l'objection que leur recherche pourrait être préjudiciable au blessé.

L'auscultation, que je place ici volontairement avant la percussion bien plus précieuse, indique l'absence du murmure vésiculaire dans presque toute l'étendue du poumon. La pectoriloquie aphone, l'égophonie, le souffle, s'observent plutôt et plus nettement, dans les épanchements moyens.

Le renseignement le plus précieux peut-être à demander à l'auscultation est, dans les épanchements gauches, la situation de la pointe du cœur. On sait le rôle que lui a fait jouer le professeur Dieulafoy dans l'évaluation de l'abondance des épanchements pleuraux. Il est à désirer que les chirurgiens en tiennent dorénavant le plus grand compte dans leur exploration.

D'après M. le professeur Dieulafoy un épanchement de 500 à 600 grammes refoule la pointe du cœur jusqu'au bord gauche du sternum ; 1.200 grammes la refoulent jusqu'au bord droit, enfin, lorsque le liquide atteint 1.800 à 2.000 grammes, on entend les battements de la pointe entre le bord droit du sternum et le mamelon droit.

Mais il y aurait peut-être lieu de se demander si, dans les cas d'inondation brusque et rapide de la plèvre, la pointe du cœur subirait un déplacement aussi important que celui que lui impose un épanchement progressif et lent et s'il ne faudrait pas plus de liquide pour obtenir le même déplacement.

C'est *la hauteur de la matité* qui permet le plus sûrement au chirurgien d'évaluer la quantité de sang que renferme la plèvre. C'est elle qui est le barème de l'hémorragie et le chirurgien doit s'y arrêter non seulement dans un premier examen, mais dans des examens successifs, pour se rendre bien compte de l'augmentation de l'épanchement et, par le fait, de la continuation de l'hémorragie.

Jusqu'ici les chirurgiens, en général non interventionnistes,

n'ont pas reconnu la nécessité de déterminer, avec rigueur, l'abondance d'un hémothorax, d'après l'étendue de la matité ; or, il faut bien reconnaître que les indications fournies par les épanchements pleurétiques ne peuvent nous servir avec un degré suffisant de rectitude, puisque, à part les cas d'adhérences, le poumon traumatisé se déplace plus aisément qu'un poumon de pleurétique pour faire place à l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, les notions que nous possédons, *en les considérant comme un minimum*, peuvent jusqu'à plus ample informé suffire, surtout si nous les envisageons un peu largement, comme la pratique nous le permet.

Pitres, de Bordeaux, nous dit que l'épanchement qui atteint la cinquième côte peut être évalué à 1 litre; qu'il augmente d'un demi-litre par côte.

Autre donnée : 1° Il est admis qu'une matité qui atteint le niveau de la *pointe* de l'omoplate correspond de 700 à 1.200 grammes de liquide, ce qui constitue déjà une hémorragie d'une très réelle importance;

2° Quand elle remonte jusqu'à la *partie moyenne de la fosse sous-épineuse*, elle représente 1.200 à 1.800 grammes. C'est une hémorragie bien grave;

3° Enfin quand elle arrive à l'*épine* de l'omoplate, la quantité de liquide peut atteindre jusqu'à 3.000 grammes, c'est-à-dire que l'épanchement est *épouvantable*. C'était le cas de M. Ombredanne. L'anémie traumatique est alors portée à un degré excessif, en même temps que le fonctionnement du cœur et du poumon sain est réduit au minimum.

On conçoit combien, dans ces deux derniers cas, les indications sont pressantes et qu'elles comportent :

1° De rétablir au plus tôt un fonctionnement régulier du poumon et du cœur, comme on le fait dans les cas de pleurésie de même abondance;

2° De rétablir l'hydraulique compromise par l'abondance de l'épanchement.

Résumant toutes les notions relatives à l'aspect général du blessé, aux symptômes physiques et fonctionnels, nous pouvons, jusqu'à plus ample informé admettre avec Bartholi :

1° Quand la matité et l'abolition de la respiration ne dépasseront pas quatre à cinq travers de doigt au-dessus de la base, quand le pouls ne dépassera pas 105, 110, que le maximum respiratoire sera de 25 à 30, que le facies général ne sera pas fortement décoloré, on pourra affirmer que l'hémothorax est restreint, que

la source de l'hémorragie est probablement due à l'ouverture d'un petit vaisseau ;

2° Au contraire, quand la respiration sera muette en arrière et latéralement jusqu'à une ligne passant par la pointe de l'omoplate ; quand, au sommet, on entendra une sonorité skodique et même tympanique avec du tintement métallique, que la plaie extérieure saignera assez, que le pouls sera de 110 à 120, qu'une sueur glaciale s'emparera du blessé qui est anhélant et présente une respiration active, nul doute que le liquide contenu dans la cavité pleurale atteint au moins 700 à 800 grammes, qu'un vaisseau important et une bronche d'un certain calibre ont dû être lésés ;

3° Quand, enfin, la matité occupera toute la hauteur, en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate, qu'elle envahira latéralement le creux axillaire, antérieurement, l'espace de Traube ; si c'est à gauche qu'un souffle lointain se percevra à la partie moyenne en arrière et latéralement ; que la pointe du cœur sera déviée fortement à droite dans le cas de plaie gauche, ou que le foie, ce qui est rare, sera légèrement abaissé, en cas de plaie droite ; quand le pouls, dépressible, rapide, montera aux hauteurs de 140 à la minute, que même des syncopes auront troublé l'existence du blessé, qu'une dyspnée intense avec des sueurs froides agitera le malade, nul doute encore que la gravité de l'épanchement est extrême, et que, si la mort ne survient pas par syncope, elle pourrra arriver par asphyxie.

II. — A côté des hémorragies graves se traduisant par l'hémothorax massif et rapide, il en est qui, pour être plus lentes, n'en sont pas moins redoutables et de nature à inciter aux interventions directes.

On sait qu'il est des hémothorax dans lesquels l'écoulement du sang se fait plus ou moins lentement, parfois en plusieurs temps, et dans lesquels celui-ci repart sous l'influence de la moindre décompression.

Ces cas sont, dit-on, rares ; le plus souvent l'hémothorax se limite vite ; ils n'en imposent pas moins l'intervention directe tout en laissant au chirurgien plus de temps pour se décider et pour la préparer.

Il semble que ce soit à l'un de ces cas qu'ait eu affaire notre collègue M. Michaux.

Son blessé qui s'était tiré un coup de revolver de 7 millimètres à deux travers de doigt, en dehors du mamelon gauche, n'avait présenté le premier jour que des accidents peu alarmants. L'hémorragie externe était insignifiante, l'oppression peu accusée. Le *lendemain*, à quatre heures de l'après-midi, l'angoisse est devenue

très marquée, l'oppression extrême, la matité correspond aux deux tiers inférieurs de la plèvre. C'est alors qu'il intervient.

III. — Il est, enfin, des cas qui ne rentrent pas dans le cadre de ceux que nous avons eus en vue jusqu'ici, et que je ne fais que citer rapidement pour ne pas trop sortir des limites de notre sujet. Ils donneraient matière à une discussion sur l'opportunité d'une intervention directe.

Le temps n'est sans doute pas éloigné de nous où 1° la contusion grave du poumon avec hémorragie considérable (hémoptysies, hémothorax, rapide et abondant) sollicitera l'intervention directe au même titre que la rupture ou la contusion violente du foie; où 2° la contusion avec fracture multiple des côtes suivie d'un hémothorax à marche rapide, indice le plus souvent d'une lésion des artères intercostales, engagera à suivre la pratique que nos collègues, M. Reynier entre autres, ont indiquée et que leurs succès légitiment.

Je pourrais m'étendre encore sur divers points très intéressants de notre question. La discussion des modes opératoires, du pronostic, des résultats est à reprendre. Elle ne perdra peut-être pas à s'étayer sur des documents plus nombreux que ceux que nous possédons. Je m'arrête pour le moment aux indications, à l'opportunité de l'intervention et je rappelle :

1° *Que, pour avoir des indications bien plus circonscrites que l'expectation, l'intervention directe a sa place marquée dans le traitement des plaies pénétrantes du poumon* ;

2° *Que l'intervention directe est le traitement de* CHOIX *des hémorragies graves et très graves, primitives et consécutives, qui mettent la vie du blessé en danger* ;

3° *Que, quelle que soit la voie suivie par le sang fourni par le poumon, c'est son* ABONDANCE *qui est le critérium de la conduite du chirurgien* ;

4° *Une perte de sang supérieure à la valeur d'un hémothorax moyen impose une intervention immédiate*;

5° Si les signes qui permettent d'apprécier la valeur de l'hémorragie sont suffisants, il y aurait lieu d'en reprendre l'étude en les envisageant au point de vue des indications de l'intervention directe.

Je termine là ce rapport dont la longueur sera expliquée et excusée par les incertitudes de la question, et, revenant aux opérations hardies et heureuses de MM. Ombredanne et P. Duval,

j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien les louer de leur initiative, de la décision avec laquelle ils ont saisi une indication qui a sauvé leur blessé, de l'habileté avec laquelle ils ont conduit leur opération, et de vous souvenir de leurs noms à l'occasion des places vacantes de membres titulaires.

Présentation de malade.

Anévrisme poplité, traité avec succès par l'extirpation.

M. H. Morestin. — Ferdinand D..., voyageur de commerce, âgé de quarante ans, entre, le 23 janvier 1907, dans mon service à la maison Dubois, pour une tumeur pulsatile occupant le creux poplité du côté droit. Il nous raconte qu'au commencement de décembre 1906, ayant fait un faux pas, en descendant d'un trottoir, il éprouva une douleur assez vive dans cette région; une gêne persistante le détermina à consulter un médecin, qui reconnut immédiatement l'existence de la tumeur et son caractère pulsatile.

Son volume était alors comparable à celui d'un œuf de pigeon. Il est infiniment probable que la lésion évoluait depuis un certain temps déjà. Toujours est-il que ce léger accident paraît avoir contribué à lui imprimer une marche plus rapide, car les dimensions de la tumeur ont augmenté très vite, et se sont même modifiées sous nos yeux pendant les quelques jours durant lesquels le malade est resté en observation avant d'être opéré. En même temps que le creux poplité se distendait, que la voussure se dessinait, se montraient des douleurs assez vives, irradiées dans la jambe et le pied, une gêne de plus en plus accusée de la marche, une sensation permanente de lassitude et d'engourdissement dans le mollet.

Nous constatons que le creux poplité est rempli complètement par une tumeur, qui fait extérieurement une notable saillie. Elle offre environ six travers de doigt en hauteur et quatre en largeur. Elle est ferme, tendue. Ses battements isochrones à ceux du pouls radial sont visibles à l'œil nu. Ils sont très facilement appréciables à la main appliquée sur la région, qui perçoit en même temps une expansion manifeste et très marquée.

Il n'y a pas de thrill. La compression de la fémorale au niveau du pubis fait cesser complètement les battements. L'auscultation permet de reconnaître très aisément un souffle rude et intermittent; on le perçoit dans toute l'étendue de la tumeur, mais avec

une netteté et une rudesse particulière à sa partie supérieure et externe. Il n'y avait donc aucun doute sur l'existence d'un anévrisme et d'un anévrisme artériel de grandes dimensions.

L'examen des artères sous-jacentes me montra que le pouls de la pédieuse n'était pas perceptible, mais il ne l'était pas non plus du côté opposé. On pouvait par contre reconnaître les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole. Le long de la jambe droite on trouve quelques veines dilatées qui n'existent pas du côté gauche.

L'examen complet du malade ne permet de révéler par ailleurs rien de bien intéressant, ni athérome des artères superficielles, ni cardiopathie, ni lésion quelconque en dehors d'un certain degré d'emphysème pulmonaire. Le sujet a eu, à la suite d'un séjour aux colonies, des fièvres paludéennes; mais depuis plusieurs années déjà, il n'a plus eu aucun accès. Il déclare n'avoir jamais eu la syphilis, mais il avoue quelques habitudes alcooliques. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 1er février, je pratique l'extirpation de l'anévrisme, en présence de mon excellent maître M. Richelot, qui, ce jour-là, visitait mon service.

Pas de bande d'Esmarch; un aide est chargé de comprimer la fémorale au moment nécessaire. Le sujet est couché sur le côté gauche. Je pratique dans l'axe du membre une longue incision de 15 à 16 centimètres. Aussitôt l'aponévrose sectionnée, la tumeur apparaît, fait saillie hors de la plaie, montrant à sa face postérieure le sciatique poplité interne qui déprime la poche et chemine dans un sillon d'ailleurs peu profond. Je dissèque sans peine la partie superficielle de la tumeur, reconnais le sciatique poplité externe et l'isole, puis le sciatique poplité interne, qui est détaché de la poche et doucement récliné en dehors. La veine fémorale est intimement accolée à la paroi. Je la dissèque péniblement et suis obligé de placer plusieurs pinces sur les orifices des veines affluentes sectionnées tout près du gros tronc. Quand je veux libérer les bords et la partie profonde de la tumeur, aborder sa limite supérieure et reconnaître le tronc artériel, je rencontre de grandes difficultés. La poche crève, donnant issue à des caillots et à une quantité de sang abondante. Pendant que l'aide comprime la fémorale, je dégage promptement la partie supérieure de la poche; l'évacuation de celle-ci facilite grandement les manœuvres; je reconnais, pince et ligature l'artère tout à fait à la partie supérieure de la loge poplitée, immédiatement au-dessous de l'anneau de Hunter. Puis la dissection est poursuivie de haut en bas, jusqu'à la partie inférieure du creux poplité; et là, très bas, en écartant les jumeaux contre le poplité, je finis par découvrir l'ar-

tère saine au-dessous de la poche et à lier le bout inférieur. Chemin faisant, j'ai reconnu et lié plusieurs collatérales.

Le traitement de la veine a été fort délicat. J'ai dû appliquer sur son tronc cinq ou six ligatures latérales, sur l'embouchure de petites veines collatérales.

Enfin l'aponévrose est refermée par un surjet au catgut et la peau suturée au crin de Florence. Un petit drain est laissé à la partie inférieure.

La circulation se rétablit très rapidement. Dès le lendemain, je retrouvai le pied chaud et bien vivant; à aucun moment je n'eus la moindre inquiétude au sujet de sa nutrition.

Les suites furent d'une idéale simplicité. Le drain fut retiré le 3 février, les fils le 9 février, et la réunion primitive obtenue d'une façon parfaite. L'opéré se leva au vingtième jour. Il n'y eut à noter qu'un peu d'œdème de la jambe et du pied droits, pendant les premiers jours où le malade commença à s'exercer à marcher.

Il n'a jamais éprouvé aucune souffrance, mais pendant plusieurs semaines il lui a semblé que cette jambe était plus lourde, un peu engourdie.

Maintenant même encore, quand il a marché assez longtemps, cette sensation d'engourdissement reparaît, mais la marche s'effectue de mieux en mieux, et ne tardera pas, je l'espère, à devenir complètement normale.

L'examen de la poche montre qu'il s'agit d'un anévrisme fusiforme occupant toute la hauteur de l'artère poplitée. Elle contient aussi, malgré l'évacuation survenue au cours de l'opération, une assez grande quantité de caillots passifs et actifs.

Luxation incoercible à gros chevauchement de l'extrémité externe de la clavicule. — Réduction persistante obtenue par un appareil d'Heitz-Boyer, avec guérison anatomique et fonctionnelle complète ayant résisté à un traumatisme grave subi trois mois après.

M. J.-L. Faure. — Vous savez avec quelle patience et quel succès notre confrère Heitz-Boyer s'applique depuis quelques années à la réduction et à la contention des fractures difficiles.

J'ai eu l'occasion, il y a quelque temps, d'avoir recours à son assistance dans un cas difficile. Le succès obtenu, malgré des conditions particulièrement défavorables, m'engage à vous présenter cette observation.

Le sujet, grand sportsman et très fortement musclé, tombe le *Dimanche* 27 *janvier* 1907 au cours d'un match de foot-ball et se luxe l'articulation acromio-claviculaire gauche. Un médecin



présent essaie de réduire la luxation, qui est très douloureuse, mais en vain. Le soir, un confrère est plus heureux; seulement, à peine la déformation est-elle corrigeé, qu'elle se reproduit malgré tous les bandages et le décubitus horizontal imposé. Je le vois le lendemain et je trouve un chevauchement très accentué,

que je réduis assez facilement, mais que je ne peux maintenir réduit par les moyens ordinaires.

Je fais appeler mon élève Heitz-Boyer et je le prie de réaliser avec ses coussins un appareil contentif. Le croquis ci-dessus a été fait d'après nature par mon ami le docteur Henri Meige, beau-frère du malade. Voici les lignes générales de cet appareil qu peut être réalisé avec les seuls moyens dont dispose tout chirurgien, les coussins étant exceptés:

1° Bandage en 8 de chiffre classique, ramenant les deux épaules en arrière, mais présentant les particularités suivantes : 1° il est fait avec des bandes de tarlatane empesée; 2° les deux boucles du 8 passent *non pas sur les épaules*, mais autour de l'extrémité supérieure des bras; 3° adjonction d'un gros coussin dorsal médian, interposé entre la peau et les bandes de tarlatane, coussin confectionné avec de nombreuses couches d'ouate ordinaire;

2° Mise en place d'un coussin rempli d'eau sous l'aisselle gauche;

3° Rapprochement du coude gauche fléchi contre le corps et fixation de ce bras du côté malade par une série de tours de bandes Velpeau, passant les unes autour du thorax, les autres sur l'épaule saine;

4° Mise en place d'un second coussin en caoutchouc sur l'extrémité externe saillante de la clavicule. Ce coussin est maintenu par une forte et large courroie qui passe au-devant du thorax, sous l'avant-bras fléchi, puis en arrière du dos, pour revenir enfin par dessus la clavicule, — tout cela sans changer de côté. Une boucle permet de produire le serrage suffisant pour que la clavicule soit abaissée d'une part, et que d'autre part le coude et par suite le moignon de l'épaule (avec l'acromion) soient remontés. Ce sont là les deux buts à atteindre et que remplit cette courroie, agent essentiel de la réduction. Le coussin sus-claviculaire est rempli plutôt d'air, dont l'action par suite de l'expansibilité de tous les gaz est plus énergique et plus durable. La courroie est soigneusement reliée en avant et en arrière aux tours de bandes Velpeau par un moyen quelconque (épingles de sûreté, petites bandes de raccord, coutures au fil ordinaire), de telle sorte qu'elle ne puisse glisser en dehors et demeure longtemps bien fixée.

Cet appareil est posé le *jeudi* 31 *janvier* : la réduction obtenue se maintient dès lors d'une façon complète.

Le malade tolère son bandage assez facilement, grâce à quelques petites retouches faites les trois ou quatre jours suivants. Le lendemain, il peut se lever, sans aucun dommage. L'articulation sterno-claviculaire étant à découvert, on s'assure de temps à autre que la déformation ne se reproduit pas.

Le malade, vaquant à peu près à ses occupations habituelles, garde son appareil vingt-quatre jours, jusqu'au 23 *février*. Ce jour-là, je constate que la réduction s'est maintenue *absolue* ; il n'y a aucune différence entre les deux côtés. On sent seulement que l'extrémité externe de la clavicule n'est pas encore aussi solidement fixée que celle du côté opposé ; aussi remet-on au malade un petit bandage beaucoup plus léger, ayant surtout pour but de l'empêcher de faire des mouvements de ce côté. Mais il se sent tellement bien au bout de quatre jours qu'à notre insu, et malgré notre défense expresse, il enlève tout appareil et recommence à se servir de son bras gauche : il n'y avait pas un mois que l'accident lui était arrivé. Six jours plus tard, il conduit même une automobile de 50 chevaux. A ce moment, une très petite saillie se reproduit, de 3 à 4 millimètres (au lieu de la très forte déformation primitive) ; il n'en souffle mot, et ce n'est que quelques jours plus tard qu'on s'en aperçoit. Depuis, elle n'a pas augmenté.

Le fonctionnement revient très vite et absolu, et moins de deux mois après son accident le malade reprenait sa vie habituelle, conduisant des heures entières une voiture de course de 100 chevaux.

J'ai présenté ce cas, parce qu'il montre bien l'importance immédiate et ultérieure des réductions complètes.

On sait le sort de ces luxations totales de l'extrémité externe de la clavicule, traitées par les bandages classiques, le temps considérable que les malades mettent à retrouver le fonctionnement normal de leurs bras : six mois est un minimum, et il leur reste pour la vie une difformité.

Voici, au contraire, un malade qui, un mois et demi après son accident, reprenait sa vie normale, pouvait supporter les efforts violents qu'impose la conduite d'une voiture de course et courait même une épreuve terriblement dure sur les routes de Sicile.

Enfin, l'accident terrible auquel il a été soumis démontre la persistance du bon résultat obtenu. J'ai la conviction qu'il est dû avant tout à l'appareil imaginé par Heitz-Boyer et au soin avec lequel cet appareil a été appliqué et surveillé.

Toujours malgré les défenses faites, le malade prend part *le 21 avril* à une grande course de 450 kilomètres durant neuf heures, la *Targa Florio* en Sicile, où il mène une des voitures Clément. Il ne ressent aucune fatigue.

Rentré en France, il s'astreint à un entraînement quotidien sur le circuit de Dieppe, où il doit conduire dans le grand prix de l'automobile une des trois voitures de course de Bayard Clément, et il couvre ainsi chaque jour, sans inconvénient, de 3 à 400 kilo-

mètres à des vitessses presque toujours supérieures à 100 à l'heure. C'est à cette occasion que, se trouvant *le* 17 *mai* aux côtés d'Albert Clément, il fait la chute que tous les journaux ont relatée et qui a entraîné la mort de son compagnon. La vitesse était à ce moment de 145 à 150 à l'heure, et le bond fut de 23 mètres. Il est retombé, au moins en partie, sur l'épaule qui avait été malade, comme en témoignent les contusions persistantes. L'articulation acromio-claviculaire a parfaitement résisté, comme il est facile de s'en convaincre, et le fonctionnement reste toujours parfait.

M. Tuffier. — Tout en reconnaissant le bon résultat obtenu par M. Heitz-Boyer, et en le félicitant de ses tentatives intéressantes de réduction, je ne puis trouver en état remarquable le malade qu'il nous fait présenter. Il existe une notable différence entre les articulations acromio-claviculaires du côté sain et du côté malade. Il existe encore une véritable subluxation du côté malade, et l'état de la région est celui que nous obtenons dans les cas de suture imparfaitement réussie. Pour ma part, je tends de plus en plus dans ces sutures articulaires ou osseuses à substituer la suture périphérique fibreuse à la suture osseuse. Je compte d'ailleurs vous entretenir un jour de ces faits.

M. J.-L. Faure. — Il faudrait s'entendre sur ce que l'on considère comme un bon résultat. Je maintiens que le résultat obtenu, et qui se traduit par une saillie de 2 ou 3 millimètres à peine visible et remplaçant un chevauchement complet, est un bon résultat. Je ne sais pas si on peut obtenir mieux par la suture. Mais personnellement je me contente de celui-ci.

Présentation de pièce.

Tumeur villeuse du rectum.

M. E. Potherat. — Il y a quelques mois, je vous ai présenté, ici, un polype du rectum que j'avais enlevé à un vieillard, et dont je vous ai donné la description macroscopique et histologique. Cet homme a quitté mon service une dizaine de jours après l'opération que je lui avais faite.

C'est encore un polype du rectum que je vous apporte aujourd'hui; celui-ci provient du rectum d'une femme de cinquante-six ans, admise dans mon service de l'hôpital de Bon-Secours, il y a quinze jours.

Voici comment j'ai été amené à constater la présence de cette tumeur intrarectale.

La malade venait à l'hôpital pour y être opérée d'une néoplasie maligne du sein gauche, néoplasie arrivée à une période avancée de son évolution. Mais en même temps cette femme me priait de la débarrasser d'hémorroïdes, qui l'incommodaient singulièrement.

Ayant examiné l'anus, je fus frappé de son aspect absolument normal à la vue; pas trace de marisques ou de tumeur hémorroïdale. J'interroge la malade sur ce qui se passe, et alors elle m'apprend que depuis quatre ans, chaque fois qu'elle va à la garde-robe, il sort de son rectum une masse charnue, qui d'abord rentrait d'elle-même, mais qui bientôt ne put rentrer qu'avec une pression prolongée.

Depuis cinq à six mois, cette réduction manuelle était devenue extrêmement difficile, et la malade éprouvait de violentes douleurs tant que cette réduction n'était pas réalisée; de plus, de fortes hémorragies se produisaient à chaque défécation, hémorragies qui affaiblissaient cette femme et surtout lui causaient des craintes folles, à ce point qu'elle ne voyait qu'avec terreur venir le moment où il lui faudrait évacuer son rectum.

Je pratiquai donc le toucher et je sentis, dans l'ampoule rectale, une tumeur grosse comme une mandarine, tumeur mobile, flottante, donnant la sensation d'une masse villeuse, portée sur un pédicule court, mais relativement étroit. Ici encore, il s'agissait bien certainement d'une tumeur intrarectale, sortant au dehors pendant les efforts de la défécation, en entraînant par pédiculisation la muqueuse rectale sur laquelle s'insérait ce polype.

Je résolus de débarrasser la malade de cette tumeur si gênante, bien que la longue durée de son évolution, l'absence de retentissement local, fussent de nature à faire admettre qu'il s'agissait là d'une tumeur bénigne, quoique cette femme fût atteinte d'une tumeur maligne, avancée, du sein.

Aussi quand j'eus achevé l'ablation du sein, avec le contenu de l'aisselle, je dilatai l'anus; j'amenai au dehors la tumeur que voici. Malgré sa consistance villeuse, mollasse, elle résistait bien à la traction, et avec elle on entraînait la muqueuse rectale sur laquelle elle s'insérait par un pédicule étroit, mais court, de sorte qu'elle était presque sessile. Avec des ciseaux, je sectionnai d'un coup ce pédicule, après un nettoyage aussi soigneux que possible de la muqueuse rectale circonvoisine. Le point d'insertion siégeait sur la paroi antérieure, assez haut, presque au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. Je fis sur la surface de section une suture en surjet, puis je fis un pansement rectal très simple consistant

dans l'introduction dans le rectum d'un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée. Ce pansement resta cinq jours en place, fut retiré, et la malade commença à aller régulièrement à la garde-robe, sans accidents, à sa grande satisfaction.

Voici, Messieurs, cette tumeur; malgré la rétraction qu'elle a subie dans l'alcool où elle siège depuis son ablation, elle vous montre encore nettement son aspect multi-lobulaire, granité. Sur la pièce fraîche, ces lobules étaient comme flottants. Malgré sa rétraction, elle a encore le volume et presque l'aspect d'une grosse truffe.

Sur un morceau prélevé, perpendiculaire à la surface, mon excellent interne, M. Bonvoisin, a pratiqué des coupes histologiques. Je vous ai apporté quelques-unes de ces coupes. Vous y verrez très nettement les détails que M. Bonvoisin a condensés dans la note suivante qu'il m'a remise. Les préparations ont été fixées à l'alcool à 90 degrés, incluses dans la paraffine, après coloration à l'hématoxyline-éosine. Sur les coupes, la tumeur se montre constituée par la muqueuse rectale plissée en prolongements multipliés à l'infini, comme une sorte de papillome très complexe. L'épithélium est l'épithélium cylindrique de la muqueuse rectale avec quelques cellules caliciformes. Cet épithélium repose sur un tissu conjonctif lâche, dans lequel on voit des vaisseaux assez nombreux.

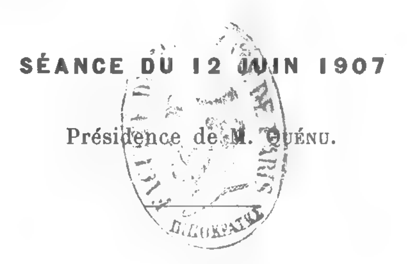
Il s'agissait donc là, Messieurs, d'un polype villeux du rectum, variété de tumeur assez exceptionnelle dans cette cavité.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 JUIN 1907



Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

1°. — M. POTHERAT, dépose deux mémoires de M. DUPRAT (de Genève) : 1° *Appendicite suppurée opérée à froid*; 2° *Réflexion sur la sérothérapie antitétanique*.

M. POTHERAT, rapporteur.

2°. — M. FAURE présente un mémoire de M. JACOB (de Lyon), sur l'*exothyropexie après tentatives d'ablation partielle*.

Rapports.

Chute sur le poignet. Luxation du semi-lunaire en avant. Insuccès du traitement conservateur. Ablation finale du semi-lunaire. Résultat satisfaisant, par M. Tricot.

Rapport par M. ARROU.

M. Tricot, médecin-major et chirurgien de l'hôpital du Dey, à Alger, nous a envoyé deux observations de traumatisme du poignet sur lesquelles vous m'avez demandé un rapport. Le voici. Prenons d'abord connaissance des observations.

Dans la première, il s'agit d'un chasseur d'Afrique qui fait une chute de cheval le 26 mai 1906, et tout de suite ressent au poignet droit de vives douleurs qui le conduisent au major. Celui-ci pense à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, fait quelques tentatives de réduction et, finalement, immobilise ce poignet déjà gonflé dans un appareil plâtré. L'appareil est enlevé après quinze jours et remplacé par des séances de massage et de mobilisation. Mais les progrès sont nuls : toujours des douleurs, toujours de l'impotence. Le médecin prend alors méfiance de son premier diagnostic, et, manquant d'éléments pour le contrôler, évacue son blessé sur l'hôpital d'Alger, aux fins de radiographie, sinon d'intervention chirurgicale.

L'état de ce soldat est très minutieusement relevé à son entrée à l'hôpital. Je copie ici les lignes principales : « Le poignet droit est globuleux et raccourci... la main est en légère extension, les doigts demi-fléchis. Vu de profil, le poignet présente une déformation rappelant assez le dos de fourchette classique. Cette apparence est donnée par l'attitude de la main d'une part et, d'autre part, par la présence en avant, dans la gouttière carpienne, d'une saillie volumineuse... Par la palpation, on se rend compte que la ligne bi-styloïdienne a conservé son obliquité normale : c'est au-dessous de cette ligne que se trouve la maximum de gonflement du poignet. Ce gonflement consiste surtout en une augmentation du diamètre antéro-postérieur du carpe. Il est produit, en majeure partie, par une grosse saillie antérieure et profonde qui occupe la gouttière carpienne et la comble, en soulevant, à la manière d'un chevalet, les tendons fléchisseurs. »

A côté de ces signes physiques, existent des troubles fonctionnels des plus sérieux, auxquels se joignent des lésions trophiques déjà

en pleine évolution. Je copie toujours : « Le blessé se plaint d'une impotence à peu près complète de son poignet droit, auquel il ne peut faire exécuter que de très légers mouvements. Il n'étend qu'avec difficulté les quatre derniers doigts : la flexion forcée de ces mêmes doigts est douloureuse. Il déclare qu'il n'a aucune force dans la main. Celle-ci est enfin le siège de troubles trophiques accusés, tels que : cyanose, atrophie musculaire, fourmillements, engourdissement, refroidissement et transpiration incessante ».

M. Tricot jugea immédiatement que la question était plus sérieuse qu'on ne l'avait pensé tout d'abord, et fit exécuter sur-le-champ deux radiographies. Les épreuves positives sont jointes à ses observations : elles sont l'une par projection antéro-postérieure, l'autre par projection postéro-antérieure. Ces épreuves lui montrèrent, outre une fracture du scaphoïde, une ombre portée sur le grand os par un fragment qui ne pouvait être que le semi-lunaire. Il se rendit compte, plus tard, qu'à ce semi-lunaire luxé adhérait le fragment adjacent du scaphoïde fracturé.

Ces constatations faites, en présence surtout des douleurs et des troubles fonctionnels, M. Tricot pensa qu'il n'avait pas de temps à perdre à de vaines tentatives de réduction après trente-quatre jours et recourut d'emblée à une intervention. Dans son esprit, la résection totale du carpe dépassait certainement le but. Il convenait d'extraire l'os luxé (le semi-lunaire), au prix du moins de délabrements possible, et de s'en tenir là. Mais, ayant choisi la voie postérieure, par incision parallèle au tendon extenseur de l'index, il eut encore une assez sérieuse besogne à accomplir. Il lui fallut, en effet, enlever d'abord le fragment resté en place du scaphoïde, puis le pyramidal, puis une bonne partie de la tête du grand os pour, finalement, aller pêcher en avant le semi-lunaire luxé, lequel vint facilement, ses attaches ligamenteuses étant rompues.

Voilà cette observation. Je vous en dirai tout à l'heure les résultats, en reprenant devant vous la question du traitement. Mais je puis dire tout de suite qu'ils ont été satisfaisants.

La seconde observation est presque identique à la première, sauf ce point particulier qu'il n'existait pas de fracture du scaphoïde. C'est encore un soldat de vingt-quatre ans qui, tombant à la renverse dans un escalier, porte vivement les bras en arrière et se reçoit sur la main. Il ressent immédiatement une douleur violente et, après examen, entre à l'infirmerie avec le diagnostic « entorse du poignet ». C'est seulement le 21 septembre, quatorze jours après l'accident, que la persistance de la douleur et de l'im-

potence éveillent des doutes, et que le malade est évacué sur l'hôpital du Dey.

Les notes de M. Tricot, sur ce second blessé, reproduisent celles déjà données au sujet du premier. Mêmes douleurs, même impotence, même attitude du poignet figé en demi-extension, mêmes troubles trophiques. Enfin, même constatation d'une masse dure, profonde, qui soulève les tendons fléchisseurs dans la gouttière carpienne. Une radiographie fut faite. Elle montra peu de choses, sauf, toutefois, un espace clair immédiatement au-dessus de la tête du grand os. C'en était assez, avec les signes fonctionnels très accusés et très persistants, avec la constatation d'une masse osseuse en avant, pour diagnostiquer une luxation du semi-lunaire.

M. Tricot tint le même raisonnement, fit la même incision opératoire, les mêmes sacrifices osseux (à savoir : ablation du scaphoïde, du pyramidal, d'une partie de la tête du grand os), pour finalement aborder et enlever le semi-lunaire projeté en avant. Il fait toutefois cette remarque, que les tractus fibreux antérieurs n'étaient pas déchirés et unissaient toujours radius et semi-lunaire. Ce dernier os avait pivoté autour desdits ligaments non rompus, si bien que sa face inférieure regardait maintenant en avant.

M. Tricot fait suivre son travail de quelques réflexions que je trouve pour ma part fort justes, et que je fais miennes pour cette raison.

Et, tout d'abord, voilà deux cas de luxations carpiennes étiquetées, l'une « fracture du radius », l'autre « entorse du poignet ». Sans doute on est revenu sur ces diagnostics, corrigés par leurs auteurs eux-mêmes. Mais ils n'en ont pas moins constitué, au début tout au moins, deux erreurs. Et combien de fois la chose ne doit-elle pas se produire. Beaucoup d'entre nous ont fait tout ou partie de leurs études médicales, ayant vu ou cru voir des douzaines de fractures du radius ou d'entorses du poignet, sans se douter de l'existence possible de lésions carpiennes, dont personne ne leur avait jamais parlé. Depuis la radiographie, les choses ont changé de face, et toutes les fois qu'il n'est pas formellement entendu que le radius est en cause, seul en cause, c'est à elle qu'il est enjoint de recourir. Cela est d'autant plus indispensable que la loi de 1898, sur les accidents du travail, offre à plusieurs d'entre nous l'occasion de se prononcer sur l'avenir d'un traumatisme carpien. Et l'on sait combien sont différents, d'une part le pronostic d'une fracture basse du radius, d'autre part celui d'une fracture ou luxation carpienne, même peu compliquée.

Il existe toutefois, pour ceux qui n'ont pas de radiographie pos-

sible, un ensemble de signes connus de tous, mais qu'il est bon de répéter quelquefois, jusqu'au jour où ils seront devenus par trop classiques. Ces signes des lésions carpiennes peuvent être énumérés comme suit :

1° Les styloïdes sont en place, l'externe n'est point remontée;

2° Le gros des lésions siège au-dessous de la ligne qui les unit. Il en est tout autrement dans la fracture du radius;

3° Les troubles fonctionnels sont considérables et persistants. La main, en particulier, est clouée en demi-extension, suivant l'expression de M. Segond, — les doigts demi-fléchis et presque impotents.

4° Les troubles nerveux manquent rarement. Ils sont également persistants et tenaces. Ce sont des fourmillements, des engourdissements, des transpirations incessantes, de la cyanose, quelques atrophies, et surtout une très pénible sensation de froid aux extrémités des doigts.

Tels sont, me semble-t-il, les éléments essentiels de la symptomatologie. En prenant bien exactement ses points de repère, on a un premier guide : on en a un second dans la ténacité particulière des troubles fonctionnels et trophiques signalés plus haut.

Mais il est un point de l'histoire des lésions carpiennes sur lequel l'accord ne semble pas près de se faire. Et il semblerait qu'il en dût être tout autrement. C'est celui de la terminologie précise. Comment, en effet, étiqueter les cas semblables à ceux mentionnés plus haut?

M. Delbet nous dit : « Le grand os est luxé en arrière... il est monté sur le dos du semi-lunaire. La deuxième rangée du carpe, avec lui, a fait un pas en arrière. C'est une luxation en arrière du grand os ». C'est également l'opinion, émise ici même, de M. Kirmisson.

D'autres, parmi lesquels l'auteur de mes deux observations, répondent : « Le grand os n'a pas bougé. C'est le semi-lunaire seul qui a modifié ou perdu ses rapports avec les os de son voisinage, qui a filé en avant, qui s'est énucléé comme un noyau de cerise. Nous appellerons cela « luxation du semi-lunaire ».

A l'appui de son opinion, M. Tricot fait valoir que, dans ses deux observations, nulle saillie du grand os n'était visible ni tangible en arrière. Grand os et troisième métacarpien d'une part, face postérieure de l'avant-bras d'autre part, tout cela était sur la même horizontale. De plus, il est allé voir comment tout cela se comportait. Il a découvert, « ruginé » les os, réséqué ceux qui gênaient ses recherches, et c'est après tout cela qu'il vient nous

dire : « Le grand os n'était pas luxé en arrière, c'est le semi-lunaire que j'ai trouvé énucléé en avant. »

Que conclure? Des radiographies de profil auraient fait bonne figure dans le débat. Elles me manquent. Je dirai simplement que cette question de terminologie est posée depuis trop peu de temps (moins d'un an) pour que les observations dans l'un ou l'autre sens aient pu abonder. Néanmoins, elle ne saurait tarder à trouver sa solution, laquelle ne pourra être donnée qu'après renseignements accumulés.

Je termine sur la question du traitement. Comme on l'a vu, M. Tricot, au courant des diverses méthodes suivies, préfère attaquer le carpe par la voie postérieure. Mais il a de la peine à enlever par là le semi-lunaire, car, par deux fois, il lui faut extraire avec lui le scaphoïde, le pyramidal et même la tête du grand os. C'est beaucoup. Toutefois, reconnaissons que Destot et Vallas résèquent de parti-pris tout le carpe, et ne s'en trouvent pas plus mal. Car c'est avant tout une question de résultats. Voyons donc ceux de M. Tricot avant de critiquer sa méthode.

Première observation : « Les suites ont été simples. Résultats immédiats très favorables. Les douleurs ont disparu aussitôt (c'est la règle) et les troubles trophiques se sont amendés rapidement.

Les résultats fonctionnels éloignés ont été relativement satisfaisants. Le blessé a récupéré une notable partie des mouvements du poignet. L'extension est diminuée de moitié environ. La flexion est diminuée d'un quart seulement. Les mouvements d'inclinaison latérale sont normaux. La pronation et la supination s'accomplissent sans difficulté. Les doigts se meuvent aisément. La force musculaire à la pression peut être évaluée à la moitié environ de ce qu'elle est à la main gauche. Il existe encore une certaine atrophie musculaire de l'avant-bras (3 centim.), des éminences thénar et hypothénar, des interosseux. »

Notons que le blessé a été opéré trente-quatre jours après l'accident. Le dernier examen a été fait soixante-dix-huit jours après l'opération.

Deuxième observation : « Les douleurs ont disparu très rapidement et n'ont pas reparu. Les troubles trophiques sont en voie d'amélioration notable. Il persiste cependant un certain degré d'atrophie musculaire à l'avant-bras (2 centim.) et aux éminences thénar et hypothénar. Le poignet exécute aisément et sans souffrance des mouvements spontanés et passifs dont l'amplitude est : pour l'extension, les trois quarts de la normale ; pour la flexion, la

moitié; pour les inclinaisons latérales, les trois quarts. Les doigts peuvent se fléchir « à fond ». Leur force de pression atteint la moitié environ de la force développée par la main saine. Les mouvements du carpe s'accomplissent sans craquements, mais dès que l'on essaye de leur faire dépasser les limites d'amplitude exposées ci-dessus, on éveille des douleurs d'autant plus vives que la tentative est plus énergique. »

Notons que ce dernier malade a été opéré cinquante jours après l'accident : le dernier examen a été pratiqué cinquante-quatre jours après l'opération.

Ces résultats ne représentent pas la perfection même, mais je doute qu'on puisse obtenir beaucoup mieux quand, pour raisons diverses, on ne peut secourir les malades que trente-quatre ou cinquante jours après leur luxation établie. Ils sont tels, en tout cas, qu'en dépit de mes préférences personnelles pour la voie antérieure en pareille occurence, je ne trouve pas matière à critiquer la méthode choisie par M. Tricot. Il a obtenu, me semble-t-il, tout ce qu'on pouvait obtenir, et il y a lieu de croire que l'avenir ne fera que confirmer et améliorer les résultats acquis.

Le drainage des voies biliaires principales avec cholécystectomie, par M. Brin (d'Angers).

Rapport par M. LEJARS.

C'est là une question déjà presque entendue, et que les nombreux faits, publiés ici depuis trois ans, ont permis de bien élucider; malgré l'accueil si peu encourageant que rencontra, en 1904, la première communication sur le drainage du canal hépatique, il semble que la plupart des chirurgiens se soient résolus très vite à expérimenter la pratique de Kehr, et qu'ils s'en trouvent bien. Mais, en réalité, le terme est insuffisant et la formule incomplète : comme je le disais au cours de la discussion de l'année dernière, il ne s'agit pas seulement du drainage, plus ou moins direct, des grosses voies biliaires; depuis longtemps nous étions instruits des heureux effets de ce drainage et nous le préférions, avec M. Quénu, à la suture des canaux; il s'agit de toute une méthode, de toute une technique d'intervention, dont la caractéristique est de s'adresser, avant tout et surtout, aux grosses voies biliaires, aux conduits hépatique et cholédoque, d'aller toujours à leur recherche, et de

faire porter sur eux l'action principale, en supprimant, d'autre part, la vésicule et le cystique. La chirurgie biliaire est devenue, ainsi, canaliculaire, suivant l'expression de M. Terrier.

Je vous demande la permission de vous exposer d'abord les quatre observations de M. Brin, puis d'y joindre trois faits personnels nouveaux.

La première malade de M. Brin était une femme de trente-huit ans, qui, depuis l'âge de trente ans, souffrait de coliques hépatiques à répétition. En mai 1900, les coliques s'étant aggravées, notre confrère intervient pour la première fois : il trouve une grosse vésicule bourrée de calculs, l'incise, retire 38 concrétions à facettes, et suture à deux plans son incision. C'était une cholécystotomie dite idéale, « probablement nommée ainsi, ajoute M. Brin, parce qu'elle est tout à fait irrationnelle et détestable ». Je n'insiste pas sur la forme de cette appréciation, tout en croyant aussi que les indications de la cholécystotomie sans suture immédiate sont des plus exceptionnelles, et surtout en présence de concrétions vésiculaires multiples.

Pourtant, l'opérée resta en excellent état, pendant trois ans : on aurait pu la croire guérie. Puis les douleurs reparurent ; de temps en temps, elles se compliquèrent d'un ictère passager avec décoloration des selles; des poussées fébriles à 38 ou 39 degrés se produisirent; devenue morphinomane, la malade était très amaigrie et atteinte d'un subictère permanent, lorsque M. Brin la réopéra, le 8 juin 1906.

Il fit l'incision de Kehr; il tomba sur de « nombreuses adhérences qui unissaient le côlon au foie et qui masquaient la vésicule; on pouvait sentir celle-ci, pleine de calculs, à travers l'intestin »; la dissection ne laissa pas que d'être laborieuse et assez sanglante; libérée, la vésicule est fendue et une quinzaine de calculs en sortent; on prolonge l'incision sur le cystique et le cholédoque, où l'on trouve un gros calcul du volume du pouce. « Un hystéromètre pénètre alors facilement par le cholédoque dans l'intestin, ainsi qu'une grosse sonde cannelée dans l'hépatique. » M. Brin résèque la vésicule et le cystique, place deux drains, l'un dans l'hépatique, l'autre dans le cholédoque; il dispose des lamelles de gaze tout autour, réunit les deux extrémités de la plaie, et abouche le drain supérieur, hépatique, avec un gros tube qui plonge dans un urinal contenant de l'oxycyanure.

Comme le fait remarquer notre confrère, le drain inférieur laissé dans le bout déclive du cholédoque était inutile : « Il était destiné, dans son esprit, à empêcher l'affaissement du canal. » C'est là, en effet, une idée qui vient tout naturellement, dans les

premiers cas où l'on pratique le drainage direct de l'hépatique, et il est curieux de noter la perméabilité que conserve le bout inférieur du canal biliaire commun, même après une incision assez peu régulière et de bords effrités de la paroi, même après un drainage prolongé, et intégral, du bout supérieur, et l'aisance relative avec laquelle la bile, au moins dans la plupart des cas, reprend ultérieurement son cours normal.

Or, voici quelles furent les suites de l'intervention dans ce premier cas : au huitième jour, en retirant les mèches, on amène aussi les drains; au dixième jour, survient une première selle colorée; au quinzième jour, la bile ne passe plus par la plaie; au vingtième jour, la guérison est complète, elle s'est maintenue depuis.

La seconde observation de notre confrère est celle d'une femme de soixante ans; le début des crises hépatiques remontait à deux ans; dans les derniers mois, les coliques se reproduisaient tous les cinq ou six jours, un teint subictérique s'était établi, la malade avait maigri de 20 kilos. L'opération est pratiqué le 14 juin 1906 : on fait l'incision de Kehr et l'on reconnaît d'abord qu'une tumeur mobile, volumineuse, que l'on avait sentie, par le palper sous-hépatique, n'était autre que le rein droit ptosé. La vésicule est grosse, adhérente : on la décolle, on l'incise, on en extrait un seul calcul « fait de sable biliaire aggloméré ». On prolonge l'incision sur le cystique et le cholédoque, et, dans le cholédoque, on trouve un autre calcul, ovalaire, d'un centimètre et demi de diamètre. On l'enlève, et, après cholécystectomie, on installe le drainage de l'hépatique.

Au neuvième jour, le tube est retiré; au quatorzième jour, apparaissent des selles colorées; au vingt-cinquième jour, la guérison est complète. Revue cinq mois après, l'opérée restait indemne de tout accident, mais il y avait une légère éventration cicatricielle.

Cette fois encore, je ferai remarquer le peu de durée du drainage hépatique et la rapidité de la cicatrisation; je reviendrai plus loin sur ces deux points.

Un peu plus complexe est le troisième fait de M. Brin : deux interventions successives ont dû être pratiquées, et la guérison ne paraît pas tout à fait assurée. De plus, il s'agissait, ici, d'un cas infecté, et l'infection biliaire était fort grave, lorsqu'on intervint. La malade, une femme de cinquante-huit ans, souffrait depuis deux ans; au commencement de juin 1906, les douleurs épigastriques deviennent très intenses, s'accompagnant de nausées, l'ictère paraît, les fèces se décolorent, puis la fièvre se montre

avec de grands frissons. Le 3 juillet, « les urines, très peu abondantes, sont noires et contiennent de l'albumine; la vue est trouble depuis quatre jours; la malade connaît à peine ceux qui la soignent, ne reconnaît pas du tout ses médecins; elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose ». Sous le foie, on constate un véritable plastron très douloureux.

On intervient le 4 juillet, par une incision verticale sur le bord du droit. On découvre une grosse vésicule, adhérente; elle contient 20 calculs et de la boue biliaire, sa paroi inférieure est sphacélée; du col, on extrait à la curette, un autre calcul gros comme le pouce : il ne vient pas de bile de la profondeur. On sent alors une deuxième concrétion, enclavée probablement à l'embouchure du cystique dans le cholédoque; après avoir décollé et rabattu la vésicule, on incise jusque-là, et l'on parvient à déloger la pierre, qui a deux centimètres de diamètre. Un flot de bile s'écoule alors, et l'on peut introduire un hystéromètre dans le cholédoque et le faire descendre jusqu'à l'intestin. On met un drain dans le conduit biliaire commun, et, contraint de finir vite, l'on ne résèque pas toute la vésicule, dont on laisse un segment de la paroi supérieure.

Le 12 juillet, au huitième jour, on retire le drain; le 5 août, la bile coule toujours par la plaie et les matières fécales restent décolorées. Le 16 août, devant la persistance de ces désordres, on réintervient : le moignon vésiculaire restant est disséqué et extrait; le cathétérisme du cholédoque, à l'hystéromètre, montre que le bout inférieur du canal est perméable, mais pourtant, à la partie toute déclive, l'instrument glisse sur un noyau qui semble pancréatique; on termine en plaçant un drain, en haut et en bas, dans le cholédoque. Au neuvième jour, on enlève les drains; au quinzième jour, les fèces se colorent très peu; elles reprennent progressivement leur teinte. Le 15 septembre, la cicatrisation est complète. Revue le 17 décembre suivant, l'opérée est en bon état, mais elle présente encore de temps en temps de petites poussées subictériques, fébriles, et M. Brin pense que le noyau senti profondément à l'hystéromètre, dans le cholédoque, doit être un calcul enclavé de la portion pancréatique; il regrette da n'avoir pas eu recours à la duodénotomie exploratrice.

L'histoire du dernier malade de notre confrère est particulièrement intéressante : il s'est trouvé, cette fois encore, en présence d'une angio-cholécystite calculeuse aiguë, fort grave, et l'opération a été pratiquée d'urgence, pourrait-on dire. Un homme de quarante-six ans est atteint de coliques hépatiques répétées, depuis huit ans; à la suite des crises, il sort souvent des calculs

avec les matières fécales. Le 11 novembre 1906, une dernière crise se produit; l'ictère paraît et se fonce, les matières sont décolorées, des frissons surviennent, la température monte : elle est à 40 degrés et le pouls à 120, le 22 novembre. M. Brin opère d'urgence, dans la journée. « On constate au-dessus de l'ombilic, et surtout développée à droite, la présence d'une grosse masse arrondie, nettement délimitée, sensible à la palpation. » On fait l'incision de Kehr : la grosse masse arrondie est constituée par le lobe gauche du foie, congestionné; en le relevant on découvre une vésicule petite, que l'on isole et incise, elle contient quelques calculs. On poursuit l'incision sur le cystique jusqu'au cholédoque ; ce dernier est très dilaté et permet l'introduction de l'index; il n'est pas libre dans son bout inférieur et un gros calcul est perçu très bas, fortement enclavé. On réussit à le mobiliser de bas en haut et à l'extraire. On draine alors l'hépatique.

Le 1er décembre, on enlève le drain; à partir du 5 décembre, les selles sont colorées; le 17 décembre, le malade rentre chez lui, complètement guéri.

Je note encore ici cette guérison très rapide, comme je l'ai fait déjà pour les deux premières observations de M. Brin; ces suites opératoires excellentes et abrégées sont tout à l'honneur de la pratique de notre confrère; pourtant il y aura lieu, je pense, de revenir sur la suppression hâtive du drain hépatique, telle que nous la relevons dans les quatre faits.

Avant de vous soumettre, à ce propos, certaines réflexions, je désire vous communiquer trois observations nouvelles, qui s'ajouteront aux six cas que j'ai déjà publiés ici, en 1904 et 1906, et à un septième fait, qui a servi de base à la thèse de mon ancien interne, le Dr Guénot; en rapprochant l'histoire de nos trois dernières opérées de celle des quatre malades de M. Brin, que je viens de rapporter, nous avons un ensemble de sept faits nouveaux, qui nous permettra d'insister sur quelques points.

La première malade dont je désire vous parler présentait tous les signes de l'occlusion calculeuse chronique du canal cholédoque. C'était une femme de quarante ans qui souffrait, depuis plusieurs années, de coliques hépatiques frustes, et qui, depuis deux mois, était ictérique, lorsqu'elle me fut adressée par mon collègue le Dr Teissier; les matières fécales étaient décolorées, l'amaigrissement très marqué : à la région sous-hépatique, on provoquait une vive sensibilité par la pression au niveau de la vésicule, mais on ne découvrait qu'une sorte d'épaississement mal délimité. Je l'opérai le 2 mai 1906; je fis l'incision de Kehr : la vésicule était entièrement cachée sous des adhérences épiploïques très denses;

je la décollai peu à peu : elle contenait un gros calcul et plusieurs petites concrétions; pendant que j'achevais de la détacher du foie et de l'attirer au dehors, elle se rompit à l'origine du canal cystique et, de la lumière du canal, s'échappa de la bile foncée, non mêlée de pus. Je prolongeai l'incision sur la paroi antérieure du cystique, et j'ouvris bientôt une assez vaste poche, qui renfermait un calcul gros comme les deux pouces, jaune clair, et granuleux à sa surface; j'enlevai ce calcul, et je reconnus que la poche ambiante correspondait à l'embouchure du cystique dans le cholédoque; le gros conduit biliaire se trouvait largement ouvert; par cet orifice, je fis pénétrer un tube de caoutchouc dans l'hépatique, je le fixai par un point de catgut n° 0 à la paroi du canal, je disposai, en dessous, une lamelle de gaze stérilisée, et, après avoir fermé la plaie à ses deux extrémités, je l'abouchai avec un long tube formant siphon et venant plonger au fond d'un récipient, dans l'eau bouillie.

L'intervention fut bien supportée ; la bile, éliminée par le tube, fut d'abord peu abondante, puis le drainage s'établit largement. Au seizième jour, le tube fut retiré. Au bout d'un mois, la cicatrisation était complète. J'ai revu plusieurs fois cette opérée, dont l'état reste excellent; la cicatrice est bonne et sans distension.

La situation était autrement complexe chez nos deux dernières opérées, que je vous présente aujourd'hui : il s'agissait, dans les deux cas, d'accidents menaçants d'infection biliaire, d'angio-cholécystite calculeuse aiguë, et, chez l'une d'elle, l'intervention, comme chez le dernier malade de M. Brin, fut pratiquée d'urgence.

C'était une femme de quarante-quatre ans, qui nous fut envoyée soi-disant pour une appendicite. Un mois avant, elle avait été prise brusquement de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, de vomissements et de fièvre, sans ictère ; ces accidents s'étaient amendés peu à peu, lorsque, le 8 avril 1907, ils reparurent, s'accompagnant cette fois d'ictère, de décoloration des fèces, d'urines très foncées, d'une température élevée. Dans les antécédents, on ne trouvait rien de précis; toutefois, la malade souffrait depuis longtemps « de l'estomac ». Lorsque je la vis, le 11 avril au matin, elle avait 38°8 (elle avait eu 40°8 la veille au soir), un pouls à 120, un état général des plus mauvais; l'aspect était typhoïde, la langue sèche, les urines rares, chargées de pigments biliaires (sans albumine ni sucre), l'ictère très prononcé; la malade, dont les réponses étaient d'ailleurs fort brèves et malaisées à obtenir, se plaignait du ventre et de l'épaule droite. Le

ventre était ballonné, douloureux à la palpation la plus légère, surtout dans la fosse sous-hépatique et au point vésiculaire; on constatait une légère rougeur à ce niveau. La vésicule était difficile à délimiter, à cause de la contracture de la paroi, mais elle était volumineuse, et la percussion donnait une matité étendue. On ne trouvait rien de particulier dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic fut celui d'angio-cholécystite aiguë, probablement calculeuse, et l'opération eut lieu séance tenante.

Par l'incision verticale sur le bord du droit, je découvris et fis sortir du ventre une énorme vésicule distendue; elle fut d'abord ponctionnée; son contenu était un liquide muqueux, jaunâtre, assez clair; quand il fut évacué, je constatai que tout le fond de la vésicule était rempli de petits calculs; je la séparai du foie et je l'enlevai, après section du canal cystique. Ceci fait, je reconnus aisément que le canal biliaire commun était bourré, lui aussi, de calculs; l'incision fut prolongée du cystique au cholédoque, et remonta sur l'hépatique; ce dernier canal contenait six calculs, noirâtres, gros comme le petit doigt, qui furent abaissés et mobilisés, et finalement extraits par la brèche. Une bougie de gomme élastique stérilisée, introduite dans le cholédoque, pénétra librement jusque dans l'intestin. Je terminai en fixant un tube de caoutchouc, non perforé, dans le canal hépatique, et en laissant, autour et au-dessous, quatre lamelles de gaze stérilisée. Un siphon fut installé. Deux litres de sérum artificiel furent injectés sous la peau, dans la journée.

Le lendemain, la température était tombée à 36°8; les douleurs avaient disparu, les vomissements avaient cessé; la bile s'écoulait déjà en quantité très abondante, il y en avait près d'un litre. L'amélioration continua les jours suivants : l'écoulement biliaire par le tube-siphon était toujours régulier et important; les selles restèrent décolorées jusqu'au dixième jour. Le tube hépatique fut retiré le 1er mai. L'ictère pâlissait rapidement: le 15 mai, tout écoulement de bile avait cessé, par la plaie, qui acheva de se cicatriser quelques jours plus tard. La malade sortit de mon service bien guérie; elle a repris de l'embonpoint, et sa santé est redevenue excellente. J'ajoute que l'examen bactériologique de la bile recueillie à l'ouverture du cholédoque, pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Vitry, avait montré des colibacilles en quantité considérable.

J'ai eu affaire aussi à des accidents d'angiocholite aiguë chez ma troisième malade, mais les conditions locales se présentaient, ici, sous un tout autre aspect.

Chez elle (c'est une femme de vingt-neuf ans), les coliques hépatiques avaient débuté le 21 août 1905, par une crise des

plus violentes, suivie d'un ictère qui dura huit jours. Dans les quinze jours suivants, trois autres crises parurent ; une quatrième se montra en septembre. La malade devient enceinte en novembre ; pendant la grossesse, elle a deux nouvelles crises, la seconde en mai 1906, accompagnée d'ictère, avec décoloration des selles. Puis les coliques se répétèrent à peu près toutes les trois semaines, avec une acuité variable.

Elle était restée quatre mois sans douleurs, lorsque le 1er avril 1907 elle est reprise brusquement : les souffrances sont plus sourdes que dans les accès antérieurs, mais, dès le premier jour, l'ictère se montre, les fèces se décolorent, les urines prennent la teinte acajou. La jaunisse n'a pas cessé depuis, elle est générale et assez foncée ; la décoloration fécale persiste ; l'amaigrissement est très accusé ; à l'examen local, on trouve un foie qui déborde de deux travers de doigt l'arcade costale, un point douloureux dans la région vésiculaire, mais la vésicule n'est pas perceptible. Les urines sont rares, sans albumine, noirâtres ; l'aspect général est mauvais et inquiétant.

J'interviens le 27 avril dernier. Incision de Kehn : la vésicule n'apparaît qu'après relèvement du foie ; elle est toute petite, du diamètre du petit doigt, rétractée, jaune, remplie de tout petits calculs ; je l'isole et la détache, puis, en suivant le cystique, j'arrive au cholédoque que j'incise en long ; il contient de la bile, un peu foncée, qui coule librement, aucune concrétion ; il est entièrement perméable jusqu'à l'intestin, et, plus haut, l'hépatique ne renferme non plus aucun calcul. J'établis le drainage (avec siphon), et, la vésicule réséquée avec le cystique, je laisse deux lamelles et je ferme partiellement la plaie.

L'ensemencement de la bile, pratiqué par M. Vitry, donne des colonies de colibacilles.

L'état général est un peu précaire ; pendant trois jours, il n'y a pas de fièvre, mais un affaiblissement très marqué. La bile éliminée est en quantité restreinte ; elle augmente peu à peu ; puis l'amélioration se confirme, l'appétit reprend, l'ictère pâlit, les urines redeviennent claires. Le 9 mai, le drain est retiré. Le 15 mai, les selles se recolorent. Très rapidement, l'écoulement biliaire diminue par la plaie, puis se tarit ; le 25 mai, la guérison est complète, toute espèce de douleur a disparu, et vous pouvez juger qu'à l'heure présente la mine est très bonne et l'aspect général excellent.

Il s'agissait donc, ici, d'une angiocholite grave, sans calculs des gros canaux, et combinée à une cholécystite calculeuse ancienne, avec une vésicule rétractée et obturée, sans doute, depuis plusieurs mois déjà. Se borner à l'ablation de cette vésicule calcu-

leuse eût été, en pareil cas, une intervention incomplète et illusoire, et c'est au drainage direct de l'hépatique, de la bile infectée, que la guérison est attribuable.

Ceci nous amène à quelques remarques d'indications, et aussi de technique : l'opération de Kehr a été suffisamment étudiée, ici, depuis ces dernières années, pour qu'un exposé général ait quelque utilité ; mais l'entente n'est peut-être pas encore complète sur les indications du drainage des voies biliaires principales combiné à la cholécystectomie.

En présence du type classique de la lithiase diffuse, vésiculaire et canaliculaire, devant l'occlusion calculeuse chronique du cholédoque, nettement caractérisée, l'hésitation n'est plus guère de mise, et la méthode qui consiste à réséquer la vésicule et le cystique, à ouvrir et à évacuer le cholédoque et l'hépatique, à installer le drainage direct du gros canal commun, cette méthode est tenue aujourd'hui, je pense, par tous ou à peu près, comme la meilleure.

Elle trouve encore des applications indiscutées dans la lithiase infectée, dans les angio-cholécystites calculeuses : le fait de M. Brin et le nôtre contribuent à démontrer qu'elle peut alors s'imposer comme une opération d'urgence, et qu'elle assure des guérisons précieuses. J'ajouterai même que l'angiocholite est la meilleure indication du drainage de l'hépatique, et que c'est principalement dans ces infections biliaires qu'il démontre sa supériorité incontestable, et cela dans les angiocholites de toute nature ; autrefois, nous faisions le drainage biliaire par la vésicule, la cholécystostomie, pour les cas de ce genre ; il n'est pas douteux que le drainage direct du canal biliaire commun ne soit et plus sûr et plus efficace.

Mais la discussion est possible encore dans certaines autres conditions « lithiasiques », lorsqu'on rencontre une lithiase vésiculaire qui paraît isolée, lorsqu'on trouve une grosse vésicule bourrée de calculs, fermée, et, derrière elle, des canaux biliaires dont l'exploration ne révèle aucune induration, aucun calcul. Je ne parle pas, bien entendu, de l'évacuation pure et simple de la vésicule calculeuse, suivie ou de réunion immédiate — et c'est la cholécystotomie dite idéale, dont nous parlions plus haut, à propos du premier fait de M. Brin — ou même de cholécystostomie. J'ai fait autrefois un certain nombre d'opérations de ce genre, et je puis dire que, dans presque tous les cas, j'ai dû recourir à la cholécystectomie secondaire. Mais la cholécystectomie primitive, l'ablation pure et simple de la vésicule calculeuse, n'est-elle pas, assez souvent, une opération suffisante et efficace, et faut-il tou-

jours la combiner au drainage de l'hépatique ? Sur cette question encore, qui fut soulevée ici, en 1906, par M. Quénu, et résolue par lui négativement, il ne semble pas très malaisé d'aboutir à des conclusions communes ; pour ma part, j'ai enlevé aussi, à plusieurs reprises, de ces grosses vésicules calculeuses, sans plus, et le résultat lointain a été bon ; pourtant, j'estime que cette cholécystectomie sans drainage hépatique ne doit être appliquée, en règle, qu'aux lithiases vésiculaires anciennes, aux processus lithiasiques dûment isolés, dûment éteints, et depuis longtemps, à ces cas, en particulier, où nous trouvons une vésicule remplie d'un liquide clair et contenant un gros calcul isolé ; autrement, le drainage du conduit biliaire commun reste un complément fort utile de l'intervention et une précaution de grande valeur pour l'avenir.

Je ne voudrais ajouter que deux petites remarques de technique. Tout d'abord, il est habituel de dire qu'après avoir ouvert la vésicule, on poursuit l'incision sur le canal cystique, et, par là, jusqu'au cholédoque : cela se passe, et peut se passer, très souvent de la sorte, en effet ; mais on se ménagerait pourtant quelque désillusion, si l'on croyait qu'il sera toujours possible de sectionner régulièrement, de la vésicule au cholédoque, la paroi du cystique ; on le fait sans peine, lorsqu'il est large, occupé par un ou plusieurs calculs, mais il arrive aussi qu'il soit rétracté, sclérosé, oblitéré en partie, imperméable : c'est toujours lui qui sert de repère et de conducteur pour parvenir jusqu'au cholédoque, mais on est amené à inciser directement le gros conduit, au point que désigne la traction exercée sur le cystique, et l'on gagne du temps en s'y résolvant tout de suite, sans s'attarder à des recherches pénibles.

Une autre question, plus intéressante, c'est celle de la durée de ce drainage hépatique, du temps minimum pendant lequel il convient de laisser le drain en place, pour qu'il remplisse tout son rôle. Je faisais observer, plus haut, que le maintien du tube-siphon avait été des plus brefs, dans les observations de M. Brin, et, à lire les faits publiés, il semble bien, d'ailleurs, que nous laissions le drain, après l'opération de Kehr, toujours moins longtemps que ne le fait le chirurgien de Halberstadt. Ajoutons que la chose a été, de temps en temps, involontaire, le drain s'étant trouvé « ramené » avec les bandelettes de gaze, retirées d'assez bonne heure. Toujours est-il que, sans fixer naturellement de date précise, sans même recommander un drainage aussi prolongé que le fait, en général, M. Kehr, il nous semble utile de ne pas trop se hâter de retirer le tube-siphon, que nous avons l'habitude de fixer à la paroi du canal par un point de catgut fin, et de réaliser, de la

sorte, une bonne et suffisante élimination de la bile, chargée de sable biliaire ou infectée.

M. TERRIER. — Les observations rapportées par M. Lejars et celles dues à M. Brin sont intéressantes mais de nature différentes : les unes ont trait à des lésions calculeuses des voies biliaires; aux autres s'ajoutent des lésions inflammatoires d'angiocholite.

Aux premières, il faut utiliser dans toute son intégrité l'opération du drainage de l'hépatique de Kehr; elles s'accompagnent de dilatations des voies biliaires; ce sont les cas les plus favorables.

Les secondes sont plus compliquées en ce sens que les troubles dus à l'inflammation concomitante des voies biliaires nécessitent quelques précautions opératoires se rapportant en particulier au mode de drainage des voies biliaires enflammées et dilatées.

Mais la question devient plus sérieuse à résoudre quand les voies biliaires ne sont pas dilatées et même ne contiennent pas de calculs. Ici, l'opération de Kehr n'a pas tous les avantages qu'on peut en espérer. D'autant que souvent alors les voies biliaires ne sont pas du tout dilatées et ont même de la tendance à se rétrécir, comme je l'ai observé chez l'une des malades auxquelles j'ai pratiqué une hépato-duodénostomie.

Malgré le drainage des voies biliaires, je n'ai pu encore obtenir une asepsie complète de celles-ci, précisément à cause du rétrécissement en quelque sorte inflammatoire des conduits biliaires.

Donc, je le répète, la dilatation des voies biliaires avec ou sans angiocholite, mais due à la présence des calculs, est justiciable très nettement du drainage de l'hépatique suivant la méthode de Kehr.

Il n'en est pas de même de la thérapeutique efficace des angiocholites non calculeuses, avec tendance à l'atrophie et au rétrécissement inflammatoire des voies biliaires infectées.

M. Lejars, dans son rapport, a soulevé une autre question à propos du drainage de l'hépatique. Ce drainage doit-il être prolongé ou au contraire abrégé?

Au début des opérations que nous avons faites, nous gardions ce drainage, avec siphonage de l'hépatique pendant deux à trois semaines au plus. Nous nous aperçûmes que la bile qui s'écoulait du drain était visqueuse et souvent contenait de la boue biliaire, jusqu'au moment où le drain était supprimé.

C'était une indication de prolonger le drainage plus longtemps et on arriva à ce but en fixant à l'aide d'un point de suture le drain à l'ouverture faite aux voies biliaires au niveau du canal hépatique et, de plus, en laissant un peu plus longtemps en place

les mèches de gaze qui maintiennent le drain et les parties voisines.

De cette façon, le drainage reste plus complet, le mucus et les parcelles de boue biliaire sont entraînés au dehors, et la possibilité d'une nouvelle intervention absolument écartée.

Lorsque les calculs biliaires s'accompagnent d'angiocholite, le prolongement de la période de drainage doit donc être quelque peu prolongée, comme le demande M. Lejars.

Communication.

Traitement esthétique des fractures de la clavicule par la position,

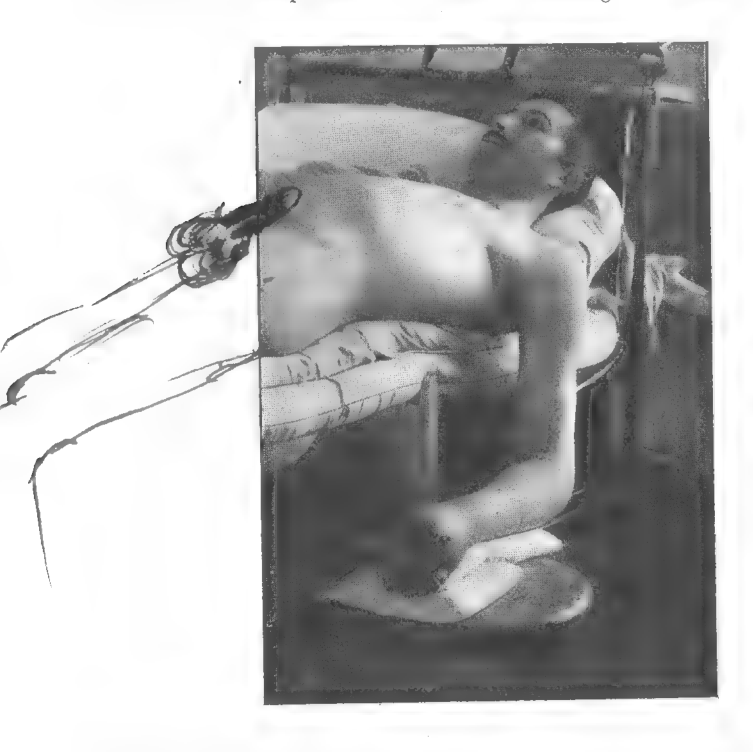
par M. le Dr COUTEAUD, médecin en chef de la marine,
correspondant de la Société.

Depuis quelques années, je traite les fractures de la clavicule par le repos au lit en mettant l'épaule du côté blessé dans une attitude déterminée. J'ai renoncé complètement aux bandages et aux appareils, et je m'en trouve bien. La technique à suivre est d'une simplicité telle que le premier venu peut l'appliquer. J'ai publié les premiers résultats obtenus dans la *Gazette des hôpitaux* (1). Le dernier et sixième cas observé est resté inédit. En voici la relation :

Observation. — A... F..., artilleur, vingt-trois ans, très grand (taille : 1m88), fortement musclé, très large d'épaules, fait une chute de bicyclette dans la soirée du 17 septembre 1906, et entre le même jour à l'hôpital maritime de Cherbourg pour fracture au tiers externe de la clavicule gauche avec contusion de la tête humérale. Je vois le malade le 18 au matin. Le diagnostic est aisé et je fais prendre aussitôt les deux radiographies de la clavicule que je vous présente et qui montrent un grand chevauchement des fragments (3 ou 4 centimètres). La pression sur la tête de l'humérus est douloureuse, et il existe déjà des signes d'une arthrite de l'épaule. Je fais coucher l'homme sur le bord gauche du lit, l'épaule du côté blessé en porte à faux, la tête reposant sur un traversin fixé au lit, le membre supérieur pendant verticalement au dehors : ce membre roide et contracté tout d'abord ne deviendra souple et ne pendra franchement en contre-bas du lit que les jours suivants.

(1) Numéro du 4 septembre 1906.

19 *septembre*. — Œdème au niveau de la fracture, ecchymose grandissante. A cause des larges épaules du malade, on n'a pu obtenir un bon porte à faux qu'en mettant un coussin entre les épaules. Les fragments tendent à se juxtaposer, mais ils ne sont pas encore en bonne place; néanmoins, l'attitude a tellement corrigé le grand chevauchement du début, que je compte sur la fatigue du bras pour amener une coaptation. Le malade interrogé sur ses sensations,



répond : « La position est un peu désagréable à garder, mais ne cause pas de douleurs. »

20 *septembre*. — Le patient s'habitue à sa position et ne souffre nullement. Je laisse reposer l'avant-bras fléchi à angle droit sur un coussin disposé sur une chaise, le bras pendant toujours verticalement; je constate et je fais constater à mes aides que ce simple changement d'attitude amène une juxtaposition des fragments plus nette. Le blessé conservera cette position jusqu'à la fin.

La juxtaposition des fragments me semble parvenue à la perfection le 22, soit exactement quatre jours et demi après le début du mal. L'ecchymose pâlit, l'œdème se dissipe, l'homme dort bien et ne se plaint de rien. Peu à peu, la main et l'avant-bras se gonflent, mais cet œdème ne s'accompagne que d'un engourdissement indolent.

2 *octobre*. — Le cal est formé et paraît résistant.

9 *octobre*. — Après vingt et un jours accomplis, suppression du trai-

tement. Le blessé est encore laissé au lit, mais le bras peut reposer naturellement le long du corps. On va le masser pour faire dissiper l'œdème ; il faudra donner quelques soins à l'articulation de l'épaule, qui est douloureuse à la pression et dans les mouvements.

13 *octobre*. — La mensuration des deux clavicules au compas d'épaisseur, donne le même résultat à droite et à gauche : 20 centimètres. Une radiographie prouve, à ce moment, l'absence totale de chevauchement.

Le blessé se promène un mois après l'accident.

L'articulation de l'épaule ne recouvre ses mouvements et son indolence qu'au bout de deux mois. A cette date, le cal de la fracture était légèrement saillant au palper, mais extrêmement peu apparent à la vue. La radiographie ci-contre montre le résultat du traitement avec un bon affrontement au soixantième jour.

A... F... est parti le 22 novembre en congé de convalescence de deux mois.

Etant donné la haute stature du blessé, la longueur de ses clavicules, le grand chevauchement des fragments et la complication articulaire de l'épaule, j'estime que le résultat obtenu mérite d'attirer votre attention. La restitution de la forme de l'épaule a été aussi parfaite que possible.

Le procédé que je qualifie d'*esthétique*, sera surtout de mise chez les personnes blessées qui ont intérêt à la conservation de leurs formes plastiques. La femme, que la coquetterie ou les exigences du protocole obligent à paraître en public les épaules découvertes, sera reconnaissante au chirurgien qui l'aura soignée pour fracture de la clavicule, de ne pas l'avoir déformée.

La suture pourrait donner un affrontement immédiat bien préférable, mais avec une cicatrice apparente.

Le procédé que je défends, et qui, plus ou moins remonte à Hippocrate, est peut-être le plus physiologique qui existe. Il est efficace, inoffensif et à la portée de tout le monde. On pourra lui reprocher d'être incommode, mais la chirurgie esthétique a ses exigences. En laissant pendre verticalement le bras sur le bord du lit, on fait perdre aux muscles de l'épaule leur contracture, leur roideur, chose avantageuse pour l'affrontement ultérieur. L'engourdissement du membre supérieur est donc plutôt à rechercher qu'à redouter, mais il semble inutile de prolonger cette attitude primitive au delà de deux ou trois jours. Il semble même préférable, au bout de ce temps, de replier le bras et de laisser l'avant-bras au repos sur un coussin en contre-bas du lit, cette position suffisant pour assurer automatiquement la juxtaposition des fragments.

On pourrait aussi reprocher au procédé l'œdème qu'il déter-

mine; mais c'est un bien petit mal, et bien passager et d'un remède facile. Il sera d'ailleurs bon de faire enlever leurs bagues aux malades.

La durée du traitement varie de quinze à vingt et un jours, d'après mes expériences.

M. Berger. — J'ai en ce moment, dans mon service, un malade qui est atteint d'une fracture de la clavicule siégeant vers le tiers externe et présentant un assez grand déplacement. Il y avait huit jours qu'il était traité par l'appareil que j'emploie d'ordinaire qui est une modification du bandage de Desault, quand M. Coutaud voulut bien se charger de le traiter par sa méthode, quoique le cas fût peu favorable, car des adhérences assez intimes commençaient à s'établir entre les fragments. J'ai été étonné de la facilité et de la rapidité avec lesquelles le déplacement s'est réduit et les fragments se sont remis en bonne direction grâce à l'attitude donnée au membre supérieur. La position déclive du membre supérieur, très difficile à supporter les premiers jours, a fini par n'être plus trop pénible pour le malade, et je crois pouvoir compter sur une consolidation sans grande saillie du fragment interne.

La méthode de M. Coutaud paraît donc pouvoir donner un résultat physique très bon et supérieur, dans bien des cas, à celui que l'on obtient par les appareils ordinaires, très supérieur à celui que donnerait la suture de la clavicule, que je rejette absolument dans les cas ordinaires. Cette méthode, néanmoins, prête à deux objections :

1° La nécessité de maintenir le sujet au lit, dans le décubitus dorsal complet pendant quinze ou dix-huit jours au moins et peut-être davantage. Cet inconvénient fait que ce traitement sera difficilement accepté par la plupart des fracturés de clavicule;

2° La gêne et la sensation fatigante et pénible qui résultent pendant les premiers jours de la position déclive du membre, et qui résultent de la congestion veineuse et surtout de la tension prolongée des ligaments de l'articulation scapulo-humérale et des insertions antérieures du muscle deltoïde.

Je crois ce moyen de traitement excellent, surtout chez les jeunes sujets féminins, chez lesquels on peut obtenir la guérison avec un minimum de déformation.

Présentations de malades.

Lithiase de la vésicule du cystique et du cholédoque. Cholécystectomie. Cholédochotomie. Drainage de l'hépatique.

M. H. Morestin. — Le drainage de l'hépatique constitue un progrès très réel dans la chirurgie des voies biliaires. Il contribue beaucoup à simplifier les suites des interventions sur le cholédoque. Dans le cas actuel, relativement favorable, j'ai pu pratiquer la cholécystectomie et la cholédochotomie par une simple incision verticale sur le bord externe du muscle droit, refermer le cholédoque après en avoir extrait les calculs très volumineux qui l'obstruaient. Le drainage de l'hépatique pendant quelques jours m'a paru un très utile complément de l'intervention. Voici l'histoire de la malade que je vous présente bien guérie quatre mois après l'intervention.

Mme Herv., âgée de quarante-deux ans, est entrée dans mon service à la Maison Dubois le 2 février 1907. Ayant déjà un long passé de coliques hépatiques et de troubles digestifs, elle a commencé à avoir de l'ictère en septembre 1906. Cet ictère disparut au bout d'une quinzaine de jours. En novembre, à la suite d'une nouvelle crise très douloureuse, il reparut et devint permanent. Au moment de mon examen il est très accentué, s'accompagne de décoloration des matières, de coloration acajou des urines et de prurit intense. A la palpation, douleur localisée dans la région de la vésicule, que l'on ne sent d'ailleurs pas. Etat général très médiocre, mais pas de fièvre.

Je diagnostique une rétention biliaire due à l'obstruction lithiasique du cholédoque.

Le 11 février, après avoir placé la malade sur un coussin soulevant fortement la partie inférieure du thorax, je pratique sur le bord externe du muscle droit une incision de 12 centimètres. Je trouve la vésicule peu volumineuse, très épaisse, contenant un calcul, adhérente à l'épiploon, au côlon et au duodénum. Je la libère, la dissèque, l'isole, la dégage; le duodénum est abaissé et repoussé en dedans. Derrière lui je sens, puis je vois le cholédoque très volumineux, contenant aussi des calculs. La vésicule est ouverte, il en sort un gros calcul et de la bile épaisse et verdâtre. J'ouvre de proche en proche le bassinet, le cystique et enfin le cholédoque, Un gros calcul distend le bassinet. Deux autres, énormes, occupent le cholédoque. J'en fais aisément l'extraction

cependant que s'écoule en abondance la bile verdâtre qui distend l'hépatique. Le cholédoque étant assez facilement abordable chez cette femme maigre, je ferme la plaie faite à ce conduit par cinq points de suture au catgut fin. La vésicule a été extirpée après ligature de l'artère cystique. Dans l'hépatique j'introduis vers le hile aussi loin qu'elle peut aller, une sonde n° 16 dont le bout a été coupé.

Gros drain sous le hile et léger tamponnement avec une mèche de gaze.

L'opération a été en somme assez simple.

Les suites sont très régulières et très heureuses. Le tube hépatique fut retiré le neuvième jour, le 20 février; le petit drain qui avait été substitué au gros, en même temps que la mèche était retirée au sixième jour, fut ôté définitivement le 28.

Le 1er mars il n'y avait plus du tout d'écoulement de bile à l'extérieur; les selles se recoloraient, l'ictère avait graduellement disparu depuis le jour même de l'opération ; le 25 février il n'en restait pour ainsi dire plus trace.

Depuis ce moment la santé de la malade est demeurée excellente, à cela près qu'elle ressent encore quelques troubles digestifs et de temps à autre quelques vagues douleurs dans la région hépatique et l'épaule droite.

Hypertrophie mammaire traitée par la résection discoïde.

M. H. Morestin. — L'hypertrophie mammaire comporte un pronostic assez sérieux pour qu'on ait cru généralement devoir lui opposer un traitement très radical. Ayant eu l'occasion d'observer une jeune femme atteinte de cette curieuse affection, j'ai fait une tentative de chirurgie conservatrice, dont il me paraît intéressant de vous soumettre le résultat deux ans après l'intervention.

L'observation ayant été publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (juillet 1905), je me bornerai à la résumer en quelques mots. La maladie avait débuté à l'âge de vingt-six ans, en dehors de toute grossesse et sans modification des règles. Elle avait débuté par le sein droit ; pendant quelques mois, l'hypertrophie a été unilatérale.

Au moment où j'ai vu la malade (juin 1905), les deux seins étaient d'égal volume, très volumineux, et augmentant sans cesse ; ce processus hypertrophique s'accompagnait de gêne, de douleurs assez vives et d'amaigrissement progressif. Le traite-

ment interne par l'iode, n'ayant donné aucun résultat, non plus que la compression, d'ailleurs mal tolérée, je pratiquai des deux côtés la résection partielle du sein, en utilisant une incision curviligne menée dans le sillon sous-mammaire.

Ayant décollé la face profonde de la mamelle, j'attaquai la masse glandulaire, la sectionnant selon un plan vertico-transversal, dans toute sa largeur et dans toute sa hauteur, de manière à emporter un disque épais de deux travers de doigt, formé des couches profondes de la glande hypertrophiée. Le tamponnement suffit à arrêter l'hémorragie, et les lèvres de l'incision furent réunies par des fils de soie très fins.

Les suites furent excellentes, à cela près que du côté gauche se produisit un hématome qui m'obligea à laisser le drain pendant quelques jours.

L'examen histologique des parties retranchées par l'intervention, fait avec soin par X. Bender, a montré une néoformation considérable de tissus fibreux autour des acini et canaux excréteurs encore sains ou atrophiés.

Sans parler de la réduction immédiate des deux glandes hypertrophiées, j'espérais de l'intervention un retentissement salutaire sur les parties restantes, privées d'un grand nombre de branches vasculaires, de toutes celles qui pénètrent la mamelle par sa circonférence et sa face profonde. Ce sont les résultats de cette résection discoïde qu'il convient d'examiner aujourd'hui.

Du côté gauche, la guérison ne s'est démentie à aucun moment. A droite, le processus d'hypertrophie n'a pas été arrêté d'une façon aussi complète. En effet, quelques mois après l'intervention, le sein droit, qui d'abord avait subi une notable régression comme son congénère, recommençait à augmenter de volume et à devenir douloureux. Je n'ai pas hésité à pratiquer de ce côté une nouvelle opération calquée sur la première, en incisant sur l'ancienne cicatrice et enlevant encore une épaisse rondelle de tissu mammaire. Ceci se passait à Cochin au mois de février 1906.

Depuis cette époque, la situation se maintient assez satisfaisante. L'état général est amélioré grandement à la suite d'un long séjour à la campagne après la première intervention. Il n'y a plus de douleurs; à peine de temps à autre une sensation de tension un peu forte, et quelques lancinements du côté droit. Le volume des seins est demeuré stationnaire depuis deux ans pour le gauche, un an pour le droit. Le bénéfice semble donc acquis et le résultat plaide singulièrement en faveur de l'opération conservatrice à laquelle j'ai eu recours chez ma malade.

Les cas différant beaucoup, je ne sais si elle donnera ailleurs le même succès, et je pense qu'une allure relativement bénigne et

lente chez une femme non gravide et déjà âgée de vingt-huit ans, a pu faciliter l'arrêt du processus. Néanmoins, comme il s'agit d'une opération dépourvue de danger, facile à effectuer par une incision dissimulée et qui ne saurait influencer jamais d'une manière fâcheuse la marche des lésions, je crois qu'elle pourrait être utilisée, non seulement dans des circonstances analogues, mais dans toutes les hypertrophies mammaires diffuses. En mettant les choses au pis, elle pourrait demeurer stérile; mais, même impuissante à enrayer définitivement l'évolution de la maladie, elle semble devoir contribuer presque toujours plus ou moins à la retarder, la modérer. Au surplus, notre observation le prouve, on est autorisé à recommencer.

En définitive, dans la thérapeutique de cette affection, il nous semble qu'il faut dorénavant faire une place importante à la chirurgie conservatrice en utilisant la résection discoïde pratiquée par incision esthétique sous-mammaire.

M. Guinard. — En 1903 j'ai fait une opération absolument analogue à celle dont nous parle M. Morestin. J'en ai d'ailleurs parlé à la Société de chirurgie dans la séance du 27 mai 1903 (voir nos Bulletins de 1903, page 568). Dans ce cas-là, le volume des seins était si considérable que j'ai enlevé 1.200 grammes de mamelle du côté droit et 1.400 grammes du côté gauche. Comme la peau eût été exubérante, j'avais enlevé une « lunule » de peau de chaque côté, et, après avoir séparé la glande du grand pectoral, j'avais sectionné une large tranche à la base de chaque sein, comme un tronc de cône: une fois cette section terminée, il ne restait plus que le sommet du cône, une sorte de petite calotte qui venait naturellement s'appliquer sur le grand pectoral. Je connais encore cette jeune femme; il n'y a pas eu de récidive, et les cicatrices sont parfaitement cachées sous les seins, en sorte que lorsqu'elle est debout, il est impossible de se douter de leur existence. La plus grande difficulté, à ce qu'il m'a semblé, dans ces sortes d'opérations, c'est d'obtenir une symétrie absolue dans le volume et dans la forme du segment de glande mammaire laissé en place et surtout de bien fixer les deux mamelons sur la même ligne horizontale à bonne distance l'un de l'autre. Mais les incisions sous-mammaires sont véritablement très esthétiques et permettent de larges interventions dans la région.

Néoplasme de l'S iliaque. — Anastomose iléo-rectale.

M. E. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, une malade à qui j'ai pratiqué une entéro-anastomose iléo-rectale le 26 avril dernier. Je vous la présente, avant qu'elle ne quitte mon service de l'hôpital Broussais, afin que vous jugiez de son bel aspect, et aussi parce que les opérations semblables ne sont pas encore en nombre bien considérable.

Cette femme, jeune encore, trente-huit ans, s'était présentée dans mon service au mois d'octobre dernier. Elle était en état d'occlusion complète, et n'était pas allée à la selle depuis un mois, nous disait-elle! De fait le ventre était très ballonné, douloureux à la pression; la malade éprouvait de violentes coliques et avait déjà eu un vomissement d'apparence fécaloïde. En aucun point, on ne pouvait percevoir de nodosité ou d'induration; le toucher rectal ne fournissait aucun indice.

Toutefois, la malade affirmait avoir à plusieurs reprises rendu par la défécation du sang qu'elle attribuait à des hémorroïdes inexistantes. Le diagnostic de cancer du gros intestin est probable, mais il ne peut se poser que par induction. Il existe bien une hernie crurale droite, mais il est manifeste qu'elle n'est pas la source des accidents. Cependant, la malade endormie, je fais d'abord la cure rapide de cette hernie constituée par une anse grêle, modérément tendue et assez facilement réductible. Dans l'ignorance où je suis sur le siège exact de l'obstacle, je fais une laparotomie médiane qui me montre une distension considérable du gros intestin jusqu'au bassin. A ce niveau, je sens une tumeur volumineuse manifestement néoplasique. Ne voulant pas faire un anus médian, et ne pouvant par ailleurs, en raison de la distension des anses intestinales, me livrer à aucune intervention intra-abdominale, je fis séance tenante un anus iliaque gauche.

Les suites furent simples, la malade évacua des quantités considérables de matières fécales; puis le cours des matières prit un cours régulier; la malade, qui avait notablement maigri, reprit de l'embonpoint et des forces, et demanda à rentrer chez elle.

Le 24 mars dernier elle rentra dans mon service parce que son anus iliaque ne fonctionnait qu'imparfaitement et qu'elle présentait quelques phénomènes d'obstruction. Je lui fis faire une dilatation de son anus anormal, et le cours des matières se rétablit. Après quoi, et voyant l'amélioration survenue dans l'état de cette femme jeune, je pensai qu'il serait intéressant, si possible, de lui enlever sa tumeur. Elle consentit à se faire opérer de nouveau; je fis donc une nouvelle laparotomie, et je trouvai une énorme tumeur très étendue du côlon iliaque et pelvien; elle descendait jusque dans

l'excavation pelvienne et remontait jusqu'auprès de l'anus artificiel; elle adhérait fortement aux parois du bassin. Essayer d'enlever cette tumeur me parut une manœuvre plus que risquée. Je pensai alors à faire une anastomose iléo-rectale; mais, je l'ai dit, la tumeur plongeait dans le bassin, et il était impossible d'amener le rectum. Cependant, attirant autant que possible celui-ci, je parvins par les moyens ordinaires à accoler et à aboucher l'intestin grêle près de sa terminaison avec le rectum.

Le cours des matières par l'anus normal ne s'est établi qu'au bout de sept à huit jours; il est maintenant régulier. Depuis quelques semaines l'anus artificiel se rétrécit de plus en plus et tend à se fermer. La malade souhaiterait le voir se fermer tout à fait; je ne partage pas sa manière de voir, car il me paraît utile qu'une voie d'échappement existe pour les matières qui peuvent s'accumuler dans cette longue portion de gros intestin exclue depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque.

Aujourd'hui, cette femme mange bien, va régulièrement à la selle, engraisse; elle n'accuse que des douleurs vagues et une sorte de pesanteur à gauche, dont l'origine est facile à expliquer.

Œsophagotomie sous œsophagoscopie pour rétrécissement cicatriciel rebelle à la dilatation.

M. Jalaguier. — Le jeune homme que je vous présente a été traité dans mon service depuis le 7 octobre 1904 pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage qui, malgré tous nos efforts, n'avait pu être dilaté au-dessus du n° 12 de la filière Charrière.

Connaissant les succès obtenus dans des cas analogues par M. le Dr Guisez, je le priai de venir dans mon service pour appliquer à mon malade sa méthode de traitement.

Il a suffi de trois séances pour obtenir un résultat tout à fait remarquable, ainsi que nous pouvons en juger par l'observation que je vous demande la permission de publier *in extenso*.

A... (René), seize ans et demi, entre le 7 octobre 1904 à l'hospice des Enfants-Assistés, parce qu'il ne peut déglutir les aliments solides et qu'il n'avale que très difficilement les liquides.

Il raconte que, le 3 janvier 1904, il a absorbé par méprise une certaine quantité de potasse caustique (une cuillerée à soupe environ dit-il). Il a vomi presque aussitôt. Lorsque, le soir, il a voulu dîner, il a souffert à chaque déglutition de sensations de brûlure ; ces phénomènes ont persisté les jours suivants ; dans l'intervalle des repas aucune douleur spontanée n'est apparue.

Dans les premiers jours de juillet 1904, six mois environ après l'accident, il a commencé à ne plus pouvoir déglutir les aliments solides. Très rapidement (quelques jours après au dire du malade), les liquides eux-mêmes ont été déglutis péniblement, puis régurgités comme les solides. Dès ce moment, la maladie a été constituée et ne s'est pas modifiée depuis.

Etat du malade à l'entrée aux Enfants-Assistés. — Etat général très mauvais, maigreur, asthénie. L'exploration de l'œsophage a été tentée avec des bougies œsophagiennes, sans succès. On a dû recourir aux sondes urétrales qui ont montré l'existence de deux retrécissements :

Rétrécissement supérieur, admettant le n° 9.

Rétrécissement inférieur (bifurc. des bronches), infranchissable pour ce numéro.

Des dilatations successives du rétrécissement supérieur ont été faites tous les deux jours ; on est arrivé ainsi à passer le n° 12. A ce moment, l'exploration du rétrécissement inférieur a montré que seul le n° 6 passait.

Les dilatations sont continuées tous les deux jours. Le rétrécissement supérieur se dilate d'une façon relativement rapide. Le rétrécissement inférieur est plus rebelle. On passe successivement au travers de ce dernier les n°s 8, 9, 10. Au quatrième essai, le 11 passe également quoique plus péniblement.

L'essai suivant avec le n° 12 demeure infructueux. Au sixième essai, le 12 lui-même passe, mais à dater de ce moment aucun progrès n'est fait.

Les progrès antérieurs, pour légers qu'ils soient, ont considérablement amélioré l'état général en permettant une alimentation suffisante.

14 *mai* 1905. — Le n° 22 franchit aisément le rétrécissement supérieur mais s'engage à peine par sa pointe dans l'inférieur qui continue à n'admettre que le n° 12, librement. Au point de vue fonctionnel le malade n'a d'ailleurs fait aucun progrès depuis plusieurs mois. Seuls les liquides et les purées sont déglutis, lentement d'ailleurs, et à condition d'être pris en faible quantité.

Pendant deux ans le malade fut régulièrement soumis à la dilatation, sans aucun progrès et son alimentation reste exclusivement liquide ou semi liquide.

Dans ces conditions, je priai le Dr Guisez de bien vouloir venir dans mon service pour pratiquer l'œsophagoscopie.

Le 27 *avril* 1907, premier examen œsophagoscopique. Chloroformisation. Position de Rose. Le tube œsophagoscopique employé muni d'un mandrin souple, mesure 30 centimètres de long et 8 millimètres de calibre.

L'introduction du tube est difficile, à cause du premier rétrécissement qui siège au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage. Enlevant le mandrin on voit, en effet, à la partie supérieure de ce conduit, toute une série de cicatrices vestiges de l'ancienne brûlure. Le spasme qui augmente la stricture de l'œsophage cède à l'application locale de cocaïne à 1/20, et le tube peut franchir la portion supérieure de l'œsophage. Il pénètre dans une partie dilatée dans laquelle sont contenus

de la salive et des mucosités que l'on enlève avec la pompe aspiratoire. On distingue alors nettement par la lumière du tube, à 25 centimètres des arcades dentaires, c'est-à-dire à 10 centimètres dans l'œsophage, un rétrécissement cicatriciel très serré. Il n'existe qu'un tout petit orifice rejeté vers la droite et bordé d'une sorte d'épaississement blanchâtre, véritable bourrelet. Ce tissu cicatriciel est marqué principalement sur la paroi postérieure et gauche de l'œsophage, de sorte que l'orifice se trouve rejeté en avant et à droite.

Dans cette première séance, M. Guisez peut faire le cathétérisme à l'aide d'une bougie n°s 14 et 16. Mais le malade est pris brusquement de toux et d'efforts de vomissements qui forcent à enlever le tube; le spasme ne nous permet pas de le réintroduire.

Nouvel examen *œsophagoscopique* le 4 mai. On fait les mêmes constatations que lors de la première séance.

Le conducteur de l'œsophagotome muni d'une fine bougie est introduit à travers le petit pertuis œsophagien, non sans quelque difficulté à cause de la situation excentrique de l'orifice. Avec la lame, M. Guisez fait sur la partie épaissie c'est-à-dire dans le bourrelet cicatriciel postérieur, deux ou trois petites sections. Puis il passe des bougies de plus en plus grosses, du 12 au 28, et il parvient à donner à l'œsophage dans cette deuxième séance un calibre double de celui qu'il présentait auparavant.

Les suites opératoires sont excellentes et le malade peut, dès qu'on le lui permet, manger du riz, du pain très mastiqué.

24 *mai.* — Nouvelle œsophagoscopie; l'orifice paraît cette fois bien plus large, moins excentrique. Sous le contrôle de la vue, M. Guisez passe les bougies 26, 28 et 30, donnant à l'œsophage un calibre très voisin de la normale. Nul doute que des dilatations ultérieures ne permettent d'arriver rapidement à un calibre tout à fait normal.

Deux nouvelles séances ont été faites, l'une le 6, l'autre, le 10 juin.

Le résultat acquis s'est maintenu.

Sans doute, ce malade devra être soumis à la dilatation pendant plusieurs années peut-être, comme les malades porteurs de rétrécissement urétral; mais M. Guisez a réussi, en somme, grâce à l'œsophagoscopie, à lui calibrer son œsophage.

Cette méthode de traitement a une importance considérable. Voyant exactement ce que l'on fait, on peut dilater, sectionner avec l'œsophagotome les brides cicatricielles et guérir la plupart des rétrécissements réputés infranchissables.

C'est le sixième cas que M. Guisez a réussi à guérir grâce à l'œsophagoscopie (1). Sur ces six cas, quatre fois les malades avaient dû être gastrostomisés et ils ont pu être débarrassés de leur fistule stomacale, l'alimentation étant redevenue possible par la bouche.

(1) Voir *Annales des maladies du larynx*, numéro de novembre 1906.

Dans deux cas M. Guisez a eu des échecs ; sa première opérée est morte à la suite de manœuvres de dilatation, faites à l'aveugle quelques jours après l'opération.

Quant à l'autre cas, il s'agissait d'un jeune enfant qui était irrémédiablement perdu. Malgré tous les efforts de M. Guisez, le rétrécissement resta absolument infranchissable.

Il s'agit là d'une méthode nouvelle dont la technique se précisera peu à peu. Mais il semble qu'elle puisse être appliquée dans la plupart des cas de rétrécissements cicatriciels très serrés ou dits infranchissables.

Je n'hésite pas, pour ma part, à dire bien haut que sans l'habile intervention de M. Guisez, mon malade aurait certainement fini par succomber.

M. Le Dentu. — Je prends la parole pour témoigner de l'heureux résultat obtenu par M. Guisez sur ce petit malade qui a subi dans mon service sa dernière séance d'œsophagotomie interne, résultat très remarquable et bien fait pour ramener la faveur des chirurgiens sur un mode opératoire très délaissé des rétrécissements œsophagiens cicatriciels. Je suis heureux de constater que l'instrument qui a permis à M. Guisez de sectionner très habilement le tissu scléreux du rétrécissement est celui que j'ai fait construire il y a plus de vingt-cinq ans. C'est l'œsophagotome de Maisonneuve, non plus avec ses lames formidables, mais avec une série graduée de petites lames permettant de pratiquer des débridements très peu profonds et par cela même peu dangereux.

Leur emploi est devenu bien moins incertain, maintenant que l'œsophagoscopie éclaire la route devant la bougie conductrice et la tige rigide qui la suit. Il a suffi à M. Guisez de faire redresser la courbe de cette tige et de lui faire donner une direction rectiligne pour l'approprier aux besoins nouveaux. Je joins mes félicitations à celles que lui a adressées M. Jalaguier.

Présentations de pièces.

Luxation ancienne du coude en dehors.

M. Quénu. — Au nom de M. Gilis (de Montpellier) : Luxation ancienne du coude en dehors.

M. Morestin, rapporteur.

Double kyste dermoïde des trompes utérines.

M. E. Potherat. — J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de vous présenter des kystes dermoïdes de l'ovaire. J'ai pu, à ce propos, vous montrer, *de visu*, un fait intéressant qui avait déjà été signalé, à mon insu d'ailleurs : c'est qu'il est presque toujours possible, quand le kyste est de petit volume, de séparer celui-ci du tissu ovarien. La tumeur ne fait donc pas corps avec l'ovaire, puisqu'elle peut en être isolée sans que le tissu de celui-ci soit dilacéré. D'où cette première conclusion à tirer, que théoriquement et même pratiquement on pourrait débarrasser une femme d'un kyste dermoïde et lui conserver des ovaires intacts.

Il est une deuxième conclusion, à mon avis, à tirer de ce fait anatomique : c'est que le kyste dermoïde n'est pas fatalement lié à l'évolution de l'ovaire, que l'un et l'autre ne sont pas forcément unis par la contiguïté, pas plus qu'ils ne le sont par la continuité. Comme conclusion, je puis aujourd'hui lui fournir l'appui d'un fait que je viens d'observer. Voici les pièces anatomiques de ce fait. Elles vous montrent deux kystes dermoïdes : l'un gauche, du volume d'une mandarine; l'autre, droit, du volume d'une orange. Celui de gauche siégeait au niveau de la partie moyenne latérale du détroit supérieur : celui de droite reposait dans le sinus vésico-utérin. Mais, fait intéressant, capital, les deux ovaires, parfaitement distincts, séparés de quelques centimètres à gauche, et de près d'un décimètre à droite, les deux ovaires, pris dans des adhérences, mais normaux en apparence par eux-mêmes, siégeaient en lieu normal sur la partie supéro-postérieure du ligament large.

Les trompes, au contraire, distinctes à leur origine sur la corne utérine, se perdent dans les tumeurs dermoïdes avec lesquelles elles semblent faire corps. Ces tumeurs siègent dans une anse décrite par la trompe à son extrémité libre et les franges de son pavillon s'étalent sur le kyste et sont comme fusionnées avec la paroi kystique.

Ce fait montre donc nettement que les kystes dermoïdes pelviens peuvent s'isoler des ovaires et prendre contact avec d'autres organes, en particulier avec les trompes utérines.

Je note, pour mémoire, que la malade, âgée de trente-sept ans, mariée depuis nombre d'années, n'est jamais devenue enceinte.

Les tumeurs qu'elle portait avaient provoqué une inflammation adhésive très étendue, ancienne, solide, qui a rendu l'extirpation difficile.

Cette tendance à s'entourer d'adhésions inflammatoires est habituelle dans les kystes dermoïdes; elles ont aussi une tendance à

s'ouvrir consécutivement dans les cavités naturelles. La plus grosse de ces deux tumeurs que je vous présente avait déjà pénétré la paroi de la vessie sur une surface relativement étroite, si bien que son énucléation, faite au doigt dans un plan de clivage, ouvrit cette cavité sur un petit point et que je dus la suturer.

Volumineux épithélioma de la vésicule biliaire.

M. Michaux. — La pièce que je vous apporte est une tumeur de la face inférieure du foie que j'ai extirpée il y a cinq jours chez une malade de mon service.

La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte; j'ai dû, pour l'enlever, la libérer de ses adhérences à l'épiploon, à la grande courbure de l'estomac, au duodénum, au côlon transverse; elle descendait jusqu'à l'aine.

En raison de ses bosselures, je l'avais prise pour un épithélioma végétant de l'ovaire.

Pour l'enlever, j'ai dû pratiquer la résection d'un segment du foie confondu avec la tumeur.

La pièce a été examinée au microscope; il s'agissait d'un épithélioma de la vésicule biliaire.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait qui m'a paru très intéressant, et de vous donner l'observation entière. Je dirai seulement aujourd'hui que mon opérée est dans un état aussi satisfaisant que possible.

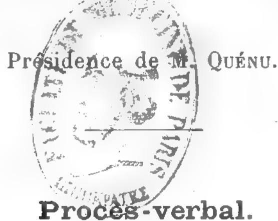
Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 JUIN 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un traité de M. MOLINIÉ (de Marseille), sur les *tumeurs malignes du larynx*, avec une préface de M. le professeur MOURE (de Bordeaux), présenté par M. BROCA.

3°. — Un volume de M. le Dr LUYS, intitulé : *Exploration de l'appareil urinaire*, présenté par M. P. DELBET.

4°. — Une observation d'*hypertrophie congénitale du* 2e *orteil* par M. GIRIBALDO (de Montévideo). M. BROCA, rapporteur.

5°. — Une lettre de candidature de M. le Dr RICHE, au titre de membre titulaire de la Société.

6°. — Une lettre de candidature de M. le Dr SOULIGOUX, au titre de membre titulaire de la Société.

7°. — Une lettre de candidature de M. le Dr LAUNAY, au titre de membre titulaire de la Société.

A l'occasion du procès-verbal

A propos des rétrécissements de l'œsophage. Deux cas d'intervention.

M. Tuffier. — La malade que mon ami M. Jalaguier nous a présentée dans la dernière séance m'engage à vous présenter deux cas de chirurgie de l'œsophage. Le premier est entièrement superposable au sien; c'est une œsophagotomie sous œsophagoscopie. Voici le fait et la malade.

C'est une malade de trente ans qui entre dans le service pour impossibilité d'avaler les aliments solides qui sont immédiatement rejetés. Ceci dure depuis le 2 janvier.

Jusqu'à cette date, bien portante, elle avale par mégarde, dans la nuit, à 1 heure du matin, un demi-verre environ de potasse (employée en peinture). Elle est prise aussitôt de vomissements et le liquide caustique est rejeté sans probablement avoir été dans l'estomac. La bouche et les lèvres étaient brûlés et douloureux. Elle voit un médecin qui ne lui ordonne que des lavages et des gargarismes. Au bout de trois à quatre jours, les traces de brûlures disparaissent, ainsi que les douleurs.

Depuis ce moment, alors, elle ne peut avaler les aliments solides même hachés; la malade a la sensation de leur arrêt au niveau du larynx et ils sont immédiatement rejetés; malgré la mastication prolongée, les aliments sont ramenés intacts. Il n'existe pas de douleur.

Actuellement, les liquides, seuls, passent à peu près librement, ainsi que des biscuits dilués.

Auscultation. — En faisant boire, par petites gorgées, du lait, et en auscultant en arrière, on perçoit nettement le bruit de glou-glou de liquide qui atteint son maximum à la base du cou.

Sondage. — Avec des sondes à olives, on se trouve arrêté à 8 centimètres environ du pharynx.

Rayons X. — Examinée au dispensaire par M. Haret, après absorption d'un cachet de bismuth, on constate un arrêt du cachet pendant quelques secondes au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, puis il passe sans se déformer; il y a donc spasme. Au contraire, environ à dix-huit centimètres de l'origine de l'œsophage, le cachet s'arrête et se fragmente pour passer; il y a donc sténose à cet endroit.

Poids : 38 kilog. 100; la malade est de petite taille.

Elle fut opérée le 13 juin 1905, d'une salpingite gauche et d'un gros kyste à paroi transparente (Picqué), et à droite d'une salpingite parenchymateuse, l'hystérectomie a été pratiquée subtotale et sans péritonisation. Opération laborieuse, car il y avait beaucoup d'adhérences.

Œsophagotomie sous œsophagoscopie pratiquée par M. Guisez.

Introduction de l'œsophagoscope montre un spasme à la partie supérieure de l'œsophage, puis un rétrécissement à 18 centimètres au-dessous, au niveau déjà indiqué par le cathétérisme, l'auscultation et la radioscopie. On voit une surface blanche, nacrée, cicatricielle, et au centre un orifice laissant passer une bougie en baleine; cet orifice excentré siège plus près de la paroi postérieure. Au-dessus, existe un large sac dans lequel l'instrument peut se mouvoir facilement. Introduction facile, section rayonnée du rétrécissement valvulaire en disque d'instrument d'optique. Passage de bougie jusqu'au 33 égalant base du petit doigt. J'insiste sur la facilité d'exécution de ce procédé dans le cas présent où j'ai pu voir très facilement le rétrécissement et son orifice et faire pénétrer une bougie dans son intérieur.

Le lendemain, les liquides passent facilement; le surlendemain le malade avale sans difficulté des purées. Je pratique l'auscultation du rétrécissement et on n'entend plus, comme par le passé, le liquide s'écouler lentement à travers la sténose.

Toutefois, cet état ne s'est pas maintenu, car ce matin même, c'est-à-dire sept jours après l'opération, la malade n'avale plus que des liquides et une sonde du volume d'un porte-plume passe difficilement. Cette récidive est la règle même dans les cas les plus favorables comme le mien, puisqu'il s'agissait d'un rétrécissement valvulaire avec intégrité cicatricielle du reste de l'œsophage. M. Guisez me disait d'ailleurs la nécessité du cathétérisme de l'œsophage tous les six ou sept jours dans les cas de ce genre. C'est évidemment là une infériorité de la méthode, car elle expose toujours le malade à une fausse route; malgré cela, l'œsophagotomie laisse bien loin derrière elle tous les inconvénients de la gastrostomie. Peut-être pourrait-on améliorer ces résultats par le cathétérisme à demeure. Cette manœuvre a été déjà employée autrefois sans œsophagotomie préalable. Je crois qu'en plaçant à demeure un fragment de sonde relativement étroit, par rapport à la section, la présence de ce corps étranger agirait peut-être comme dans certains rétrécissements de l'urètre en ramenant à l'état embryonnaire la région fibreuse sténosée et en permettant une dilatation non pas permanente, mais plus durable. Quoi qu'il en soit, l'œsophagotomie sous œsophagoscopie, dans ces cas de rétrécissements limités, constitue certainement un progrès indiscutable.

Je profite de cette communication pour vous présenter un autre cas de chirurgie de l'œsophage. Il s'agit du premier temps de l'opération de Roux pour la réfection de l'œsophage. Ce procédé m'avait paru curieux et je l'ai exécuté sur un malade que vous allez voir. Bien entendu, je ne donne pas ce procédé comme un perfectionnement à la gastrostomie, mais comme un exemple montrant la possibilité de l'exécution de ce procédé, même dans un cas de cancer de l'œsophage.

Néoplasme de l'œsophage (région du cardia).

Louis V..., soixante-quatre ans, serrurier, entré le 16 mai 1907, salle Ambroise-Paré, lit n° 8. Depuis l'opération, pavillon Dolbeau.

Histoirede la maladie.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer de l'estomac à soixante ans. Mère morte en quelques heures. Sœur morte d'un cancer du sein.

Antécédents personnels. — Nuls.

Le malade entre à l'hôpital pour de vives douleurs, avec impossibilité d'avaler les aliments. Début net de la maladie il y a trois ans. Déjà il y a quatre ans, le malade ressentait une certaine lourdeur au niveau de l'estomac, avec gêne après les repas.

Il y a trois ans, on relève l'apparition de douleurs assez vives, sensation de brûlure stomacale après l'ingestion de vin et surtout de liqueurs. Il avait déjà à cette époque de nombreux renvois acides. Pendant deux ans, on note peu de changement; le malade perd son appétit, a un dégoût assez marqué pour les graisses et les viandes. L'ingestion des aliments solides devient de plus en plus douloureuse, mais jamais à aucun moment il n'a eu un vomissement ou un rejet d'aliments déglutis. Depuis trois mois, les douleurs ont augmenté de plus en plus; l'ingestion des aliments devient encore plus pénible et à un tel point que le malade ne s'alimente plus que de liquides. Depuis dix jours, il n'a pris journellement qu'un demi-litre de lait. Amaigrissement considérable depuis deux mois et perte de forces. Un mæléna il y a huit jours; pas d'hématémèse.

Etat à l'entrée. — Malade de forte corpulence, présentant une légère teinte jaunâtre et de la pâleur des téguments. Estomac pas dilaté. Rien à la palpation.

Opération le 18 mai. — Laparotomie.

Isolement de la première anse jéjunale, section d'environ 18 centimètres de jejunum, abouchement de la portion duodénale et de l'iléon par un bouton de Murphy. L'anse isolée est amenée au dehors, le mesocôlon sectionné pour permettre la mobilisation; le bout distal est fixé à la partie antéro-supérieure de l'estomac près du cardia; l'autre extrémité passe sous la peau du sternum et est abouchée à 10 centimètres de l'appendice xiphoïde. L'extrémité de l'anse est entourée d'une compresse pour la passer sous la peau (pour l'asepsie).

Sutures intestinales au fil de lin, agrafes de l'anse à la peau présternale sans autre fixation. Après l'opération, l'anse paraît bien vivante et sans traction du mésentère.

Suites opératoires : 18 *mai.* — Temp. 37°1. Pouls, 100. — 1000 gr. sérum, 2 piqûres huile camphrée.

19 *mai.* — Temp. 36°9 à 37°7. Pouls, 108. Sérum, 1500.

20 *mai.* — Temp. 37 degrés à 37°1. Selle naturelle. 1/2 litre de lait. 500 grammes de sérum. 2 piqûres de spartéine.

21 *mai.* — Temp. 36°8 à 37°4. Pouls, 100. Diarrhée. 1 litre de lait. 500 grammes sérum.

22 *mai*. — Temp. 36°8 à 37 degrés. Pouls, 100. Diarrhée diminue. Lavement. 1 litre 1/2 lait. Refait le pansement.

23 *mai*. — Temp. 36°8 à 36°8. Pouls, 90. Pas de diarrhée. 2 litres de lait.

24 *mai*. — Temp. 36°8 à 37°2. Lavement. 2 litres de lait.

25 *mai*. — Temp. 36°8 à 37 degrés. Pouls, 90. Refait le pansement, ôté les agrafes de la bouche artificielle. Un peu de suppuration. Oté 10 agrafes de la plaie.

26 *mai*. — Temp. 36°8 à 37 degrés. Selle naturelle. 2 litres de lait. 1 litre de limonade. 5 œufs.

27 *mai*. — Temp. 37°1 à 37°2. Selle naturelle. 2 litres de lait. 4 œufs. Refait le pansement. Oté à la bouche artificielle le reste des agrafes.

28 *mai*. — Temp. 37°4 à 38 degrés. Selle naturelle. 2 litres lait. 4 œufs. Jambe gauche enflée. Phlébite. Gouttière.

29 *mai*. — Temp. 37°2 à 37°8. Pouls, 90.

30 *mai*. — Temp. 37°4 à 37°6. 2 litres de lait. 3 œufs. 50 grammes de viande, potage. Ne souffre plus.

31 *mai*. — Temp. 37°2 à 37°8. Pouls, 90.

1er *juin*. — Temp. 37°1. Pouls, 95.

2 *juin*. — 37 degrés à 37°6.

3 *juin*. — 37 degrés à 37°4. Pouls, 100. Poisson, pain, soupe; lait, 2 litres. On fait passer avec succès une pastille dans l'œsophage.

4 *juin*. — 37°1 à 37°4. Pouls, 86. Viande crue le matin. Depuis au lait.

5 *juin*. — 37°2 à 37°4. Pouls, 86. 3 litres de lait.

6 *juin*. — 37 degrés à 37°6. Pouls, 86. Analyse. Pas d'albumine. 3 litres de lait.

7 *juin*. — 37°2. Pouls, 86. Pas d'albumine. Viande hachée, poisson et lait.

8 *juin*. — 36°9 à 37°3. Tout le côté désenfle.

9 et 10 *juin*. — Le malade est en bon état.

Plaies pénétrantes de la poitrine.

M. Beurnier. — J'ai demandé la parole dans cette discussion pour verser aux débats un fait tout récent où un malade atteint de plaie pulmonaire et apporté mourant à l'hôpital a été sauvé par une intervention immédiate. Je présente cette observation au nom de mon interne, M. Roubinovitch, et au mien.

Observation. — Le nommé D..., dix-sept ans, s'est tiré une balle de revolver, calibre 8 millimètres, dans la région précordiale, le 7 mai 1907, à onze heures du soir.

Apporté à l'hôpital Saint-Louis à 11 h. et demie, il est sans connaissance, d'une pâleur livide, couvert de sueur froide; la respiration très rapide, 34 à la minute, et très superficielle. Le pouls est à peu près incomptable, le blessé a eu une hémoptysie, qui est jugée abondante par suite de la coloration de son linge. Il présente une plaie siégeant immédiatement en dedans et à la hauteur du mamelon gauche, plaie par laquelle s'écoule sans interruption un filet de sang.

On fait au malade une injection de 2 centimètres cubes d'éther et d'une seringue de caféine, et il est transporté de suite à la salle Cloquet.

Lorsqu'il est installé dans son lit, les signes généraux se sont encore aggravés, le malade est moribond; il vient d'avoir une nouvelle hémoptysie assez abondante. Les bruits du cœur ne sont pas perceptibles, et l'auscultation du poumon gauche ne révèle qu'un silence absolu. La percussion dénote une matité qui remonte à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Etant donné le siège de la plaie et l'abondance de l'hémorragie, on songe à une plaie du cœur ou à une plaie du poumon, pour laquelle, sous peine de mort du malade, et malgré son état général presque désespéré, il faut intervenir immédiatement. L'intervention est pratiquée juste une heure après l'arrivée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire le temps de faire coucher le malade et de faire les préparatifs indispensables.

L'anesthésie n'est pas pratiquée, vu l'état de gravité et d'insensibilité du malade. Taille d'un volet à charnière externe, comprenant les troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes. La plèvre contient une quantité de sang qui peut être évaluée à au moins deux litres; et, une fois l'évacuation faite, on aperçoit sur la face externe du poumon, à deux ou trois centimètres du bord antérieur, dans le lobe supérieur, une plaie de la grandeur d'une pièce d'un franc environ, par laquelle le sang s'écoule en abondance.

Il est à noter que quelques adhérences ont maintenu le bord inférieur du poumon dans le sinus costo-diaphragmatique et que le poumon n'est pas complètement rétracté vers la colonne vertébrale.

Quatre points profonds sont passés dans le poumon avec une aiguille courbe et du catgut n° 3, et l'hémorragie par la plaie s'arrête.

Pour qu'on puisse explorer la face postérieure du poumon, les quelques adhérences qui fixent le poumon en bas sont détruites. Le poumon est saisi avec des pinces en cœur et extériorisé. La face postérieure est indemne; la balle est donc restée dans le parenchyme pulmonaire.

Suture de la plaie hermétiquement sans drainage après assèchement soigné de la plèvre et exploration du péricarde, qui est intact. Le bord inférieur du poumon a été fixé par cinq points de catgut dans le sinus costo-diaphragmatique.

Le lendemain, 8 mai, la température est à 37°4; le pouls, bien mieux frappé, est à 110, la respiration à 24; l'aspect général est bon.

Un litre et demi de sérum; deux seringues d'huile camphrée. Le

9 mai dans la soirée, l'état général, la respiration et le pouls restant les mêmes, la température monte à 39°3; elle se maintient ainsi le 10 mai et atteint 40 degrés le 11 mai.

A ce moment, on constate à la percussion une matité remontant jusqu'à la pointe de l'homoplate. Une ponction pratiquée avec la seringue de Pravaz montre l'existence d'un épanchement citrin. Du 11 au 15 mai, trois ponctions sont pratiquées, la température du malade oscillant entre 38°5 et 39°5; le liquide devenant séro-purulent, il est pratiqué le 15 mai une thoracotomie postérieure avec résection costale et large drainage allant jusqu'à l'angle inférieur de la plaie antérieure.

Du 16 mai au 14 juin, la température a oscillé entre 37°5 et 38°34; depuis le 14 juin, elle est revenue à 37 degrés et n'a plus varié.

Actuellement, le malade présente une très petite fistule dans l'angle inféro-externe du volet antérieur, qui diminue de jour en jour, et une autre fistule au niveau de la pleurotomie secondaire, dans laquelle on maintient encore par précaution un drain, dont le diamètre est maintenant très petit et qui est raccourci tous les deux ou trois jours.

L'état général est très bon, quoique le malade soit encore amaigri. L'appétit est excellent. La respiration, gênée pendant quelque temps, est maintenant facile et se fait environ 22 fois par minute.

— Après avoir communiqué cette observation, qui est un fait de plus en faveur de l'intervention, je tiens à essayer de mettre la question exactement au point.

On a répondu aux partisans de l'opération que le plus grand nombre des plaies du poumon guérissent seules ou à peu près. Nous ne contredisons pas cette assertion, au moins en partie. Loin de nous la pensée de conseiller l'intervention dans toutes les plaies du poumon. D'ailleurs, dans presque tous les cas où on a agi chirurgicalement, on pensait avant l'opération avoir à faire à une plaie du cœur plutôt qu'à une plaie du poumon. Nous ne voulons pas *dire* autre chose que ceci : Lorsqu'on se trouve en présence d'un blessé dont la vie est mise en danger par une hémorragie traumatique intra-thoracique, quelle que puisse être la source de cette hémorragie, le devoir absolu du chirurgien est d'intervenir de suite, et nous avons conscience que, par cette conduite, nos deux malades atteints de plaies pulmonaires ont été sauvés.

J'ajouterai encore deux autres considérations : la première, c'est qu'il faut éviter l'anesthésie générale, comme étant très dangereuse dans les cas d'épanchement pleural brusque.

La seconde, c'est que, même lorsqu'une plaie du poumon paraît ne pas devoir donner lieu à des conséquences graves, on doit surveiller le blessé de très près pour ne pas manquer d'intervenir si besoin est. On a vu des cas dans lesquels avec raison on n'était

pas intervenu primitivement et où le blessé allait aussi bien que possible, lorsque, dans les quelques heures qui suivirent, il survint un hémothorax très abondant auquel il succomba. Une intervention à temps peut sauver le malade.

M. Nélaton. — Le conseil donné par M. Delorme d'intervenir dans les cas de plaie du poumon provoquant une hémorragie grave sera certainement accepté par tout le monde, surtout dans la mesure où il fait cette proposition. Ne nous dit-il pas : l'intervention chirurgicale ayant pour but de découvrir la plaie pulmonaire et de parer à l'hémorragie est une mesure d'exception. La règle restera l'expectation.

Dans ces conditions, l'utilité de l'intervention exécutée déjà par plusieurs chirurgiens, avec des résultats heureux, ne peut être contestée et elle doit être recommandée comme permettant seule de sauver les malades atteints de ces plaies fatalement mortelles.

Où la difficulté se fait jour, c'est lorsqu'il s'agit d'établir les symptômes et les signes qui dicteront la conduite du chirurgien, qui le feront intervenir ou qui lui feront conseiller l'expectation.

Le chirurgien prendra-t-il pour guide les phénomènes généraux ou les signes locaux fournis par la percussion et l'auscultation ?

S'il s'en rapporte aux phénomènes généraux, il ne doit pas oublier que la plupart des plaies de poitrine qui aboutissent à la guérison s'accompagnent cependant dans les premières heures de tout un cortège de phénomènes alarmants capable d'impressionner les hommes les plus prévenus. Ce n'est plus alors qu'une question de degré de la gravité de ces symptômes d'une appréciation ou très simple ou très délicate.

Le cas très simple est celui où il ne saurait y avoir de doute; tout dans l'aspect du blessé, dans sa respiration, dans sa circulation, indique que sa vie est menacée à brève échéance. Dans ce cas, il n'y a qu'à intervenir immédiatement, quitte à voir le blessé mourir au cours de l'intervention.

C'est dans ces conditions qu'intervint M. Ombredanne chez le blessé qu'il eut le bonheur de sauver. Mais il n'y a pas à se le dissimuler, la réussite en pareil cas est un bonheur.

Hormis ces cas d'une gravité terrible où l'on opère, pour ainsi dire, *in extremis*, l'appréciation des symptômes observés est fort délicate.

J'ai souvenir d'avoir été appelé, il y a trois ans, auprès d'un jeune homme qui avait reçu un coup d'épée dans la poitrine. L'accident était arrivé une heure avant le moment où je l'exa-

minais; l'altération des traits de la face, une pâleur extrême, un pouls rapide et fuyant à peine perceptible inspiraient les plus grandes craintes. Je pensai, en raison du siège de la plaie et de l'abondance de l'écoulement sanguin par la plaie, qu'une artère intercostale était lésée, et je conseillai l'intervention immédiate. Elle ne fut pas acceptée tout d'abord; il était 9 heures du soir. Le lendemain matin, à 11 heures, l'écoulement sanguin par la plaie continuant, j'opérai ce jeune homme et je trouvai effectivement une section de l'intercostale. Mais je dois dire qu'à ce moment, quatorze heures après le moment où je l'avais d'abord observé, les symptômes généraux s'étaient améliorés et que j'intervins parce que j'étais convaincu de la section de l'intercostale.

L'intervention pourra-t-elle être plus sûrement dirigée par la constatation de signes physiques fournis par la percussion ou l'auscultation?

Quelquefois peut-être, mais dans bien des cas, dans les heures qui suivent l'accident, le blessé est difficile à soulever, difficile à examiner; bien souvent, dans ces conditions, l'auscultation ne fournit que des renseignements infidèles et l'on constate alors des symptômes qu'on ne retrouve plus les jours suivants. A l'auscultation, le murmure vésiculaire disparaît ou est très diminué, le malade immobilisant instinctivement son thorax et respirant à peine avec le poumon blessé, et il me paraîtrait bien peu sûr de se baser sur les indications que nous a fournies M. Delorme et sur les zones de matité commandant selon lui l'intervention; j'en ai eu la preuve le soir même du jour où M. Delorme nous fit sa communication. Je fus appelé ce même jour auprès d'un jeune homme qui, en jouant avec un revolver, fit partir cette arme. La balle pénétra dans le thorax un travers de doigt au-dessus du téton droit, traversa les parties molles et vint se loger dans les parties molles du dos à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, entre cette pointe et la colonne vertébrale. Elle est là facilement reconnaissable sous la peau.

Bien que ce jeune homme eût l'ensemble de symptômes classiques des plaies du poumon : pâleur de la face, petitesse du pouls qui battait à 112, anhélation très grande, rien n'était très inquiétant dans son état, et cependant il avait une matité qui remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate; à l'auscultation on n'entendait rien dans toute cette zone.

Je ne fis rien du tout et le jeune homme est aujourd'hui en bonne voie de guérison. Cependant cette zone de matité aurait correspondu, d'après M. Delorme, à un épanchement de

700 grammes. Il aurait été de ceux justiciables de l'intervention guidée par la percussion.

Je ne crois donc pas que l'on puisse accorder une confiance bien grande à l'examen détaillé des symptômes généraux ou des signes locaux, ni que l'on puisse se baser sur eux pour décider une intervention immédiate.

Je crois que pour ces cas extrêmes où l'état général rend évidente la nécessité d'une intervention il n'y a rien a dire de plus. On opère un blessé *in extremis.*

Le danger est évident et ce n'est pas la recherche de la hauteur de l'épanchement, de la quantité de sang rendu ou le nombre des pulsations qui puisse en pareil cas ajouter quoi que ce soit à l'indication.

Hormis ces cas extrêmes, je crois qu'il serait bien imprudent de décider immédiatement une intervention — et je pense que c'est la marche des accidents qui doit guider le chirurgien.

De même que le chirurgien dans les cas d'hémothorax abondants est guidé par l'élévation de la température, l'accélération du pouls, l'augmentation d'étendue de la matité pour faire une empyème en cas d'affection — de même dès les premières heures ou dès le premier jour il sera conduit à intervenir pour mettre fin à une hémorragie continue par des signes d'affaiblissements et d'anémie augmentant.

Le cas auquel M. Delorme a fait allusion ne laisse aucun doute dans l'esprit et je crois que tout chirurgien interviendrait en pareil cas.

Mais ces deux groupes de faits laissés de côté, ceux dans lesquels il y a de suite imminence de mort, ceux dans lesquels les symptômes vont progressivement en s'aggravant faits qui sont l'exception, je crois que c'est à l'ancienne doctrine qu'il faut se rapporter pour le traitement des plaies pénétrantes de poitrine.

Je ne crois donc pas que l'on puisse comparer les plaies pénétrantes du thorax aux plaies pénétrantes de l'abdomen et dire, comme le faisait M. Delorme: Vous opérez bien un homme qui a reçu une balle de revolver dans l'abdomen, pourquoi n'opérez-vous pas un homme qui a reçu une balle dans la poitrine?

Je crois que l'on ne peut pas dire cela parce que la gravité de ces deux genres de plaies n'est pas la même : le nombre des plaies de poitrines qui guérissent par l'infectation est grand, celui des plaies de l'abdomen guérissant sans intervention est minime. On ne peut donc, comme pour l'abdomen, établir l'intervention comme une règle générale pour les plaies du poumon, et cette intervention restera à l'état d'opération d'exception, dictée par la gravité exceptionnelle des phénomènes généraux.

M. E. Potherat. — Les communications de M. Lucas-Championnière, dans une précédente séance, de MM. Beurnier et Nélaton dans la séance de ce jour, simplifieront beaucoup la communication que j'avais l'intention de vous faire moi-même. Je serais en effet, obligé de redire ce que ces orateurs vous ont si bien dit.

L'aménité de nos mœurs a rendu singulièrement fréquents les cas de plaie pénétrante du thorax intéressant le poumon. Pour mon compte personnel j'en ai observé une douzaine de cas depuis que je suis chirurgien de l'hôpital Broussais. La pénétration a le plus souvent été la conséquence d'une plaie par projectile de revolver; dans trois cas, elle a été consécutive à des plaies par couteaux ou stylets. La pénétration était affirmée par l'expectoration sanglante, le plus ordinairement, et par un épanchement intrapleural exceptionnellement. Or, tous ces malades ont guéri sans autre intervention que des soins d'antiseptie et d'aseptie de la plaie extérieure. J'avais encore, il y a peu de temps, un malade qui présenta de la matité intrathoracique remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate; il avait reçu un coup de couteau: je ne lui fis pas d'autre traitement que la thérapeutique que je vous ai exposée plus haut; il sortit guéri, il y a quelques jours.

En sorte que si je m'appuyais exclusivement sur ces faits de mon observation hospitalière, je dirais: les plaies du poumon ne réclament aucune intervention chirurgicale; elles guérissent simplement, facilement, alors même qu'elles s'accompagnent d'épanchement sanguin intrathoracique indéniable.

Mais il me faut bien reconnaître qu'il est des cas qui présentent une tout autre gravité, due à ce que la plaie du poumon s'accompagne d'un très abondant épanchement sanguin. Or ces cas graves sont-ils fatalement mortels? C'est là la question; si telle doit être l'issue de ces grandes plaies, il n'est pas douteux que l'intervention chirurgicale s'impose; et quand cette intervention est suivie d'un succès, comme les choses se sont passées dans les faits de MM. Ombredanne et Duval qui ont servi de point de départ à cette discussion on peut dire que ce sont autant de triomphes remportés par le chirurgien sur la mort.

Or, il s'en faut que la mort soit l'aboutissant fatal d'une plaie importante du poumon. Comme l'a si bien dit, il y a un instant, mon maître M. Nélaton, les accidents qui suivent immédiatement le traumatisme, sont de nature à vous induire en erreur sur l'importance du traumatisme: la pâleur des téguments, le refroidissement des extrémités, la petitesse du pouls, la tendance à la syncope, la dyspnée ne sont pas forcément fonction d'hémorragie grave: les circonstances dans lesquelles le traumatisme est survenu, l'émotion, la frayeur, etc... peuvent provoquer ces acci-

dents graves et il est tels blessés, j'en ai vu, qui, quelques minutes ou même deux ou trois heures après l'accident, présentent à un haut degré des symptômes inquiétants, qui le lendemain reposent tranquillement, avec un pouls calme, un facies normal. On aurait donc, en pareil cas, eu tort d'intervenir, et d'ajouter, à la plaie du poumon, une resection thoracique qui n'est pas en somme une opération indifférente.

Mais il est encore des cas où la gravité des accidents, l'importance de l'hémorragie intrapleurale, sont non pas apparents, mais bien réels, et cependant quelques-uns au moins de ces malades peuvent guérir. J'ai observé un cas de cet ordre de faits, et je vais vous le rapporter. C'était en l'année 1885, j'étais alors interne en chirurgie à l'hôpital Tenon. Le jour de la Pentecôte, il y eut au Père-Lachaise une importante manifestation au mur des fédérés. Une collision violente entre la police et les manifestants eut lieu dans l'intérieur même du cimetière. Il y eut de part et d'autre un très grand nombre de blessés qui nous furent amenés à l'hôpital Tenon. Parmi les blessés, se trouvait un jeune homme, apporté par la police, et qui était dans un état tel qu'une foule nombreuse de manifestants suivait réclamant à grands cris « le cadavre de leur frère ». Ce jeune homme, âgé de dix-huit ans, avait reçu un coup de baïonnette qui l'avait traversé de part en part au niveau de la partie moyenne du poumon droit. Il était en état syncopal, absolument décoloré, un faible souffle sortait entre ses lèvres, agitant une écume sanglante; on voyait sur le thorax les deux plaies de la transfixion, l'antérieure plus grande, la postérieure plus petite.

Pendant que nous l'observions, nous attendant à chaque instant le voir mourir, Gillette, qui avait été avisé des graves événements qui avaient encombré son service de blessés, survint, et sans plus tarder fit de suite l'occlusion des deux plaies au collodion, et les choses restèrent en l'état.

Le lendemain, le blessé était encore très pâle, extrêmement affaibli, mais il était éveillé, et pouvait répondre faiblement aux questions qu'on lui posait. Il présentait une matité thoracique qui remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Le troisième jour, son état ne s'étant guère amélioré, Gillette fit une thoracentèse avec un gros trocart, et retira près de 700 gr. de sérum sanguin. L'épanchement sanguin intrathoracique était donc indéniable, et abondant, et les signes physiques étaient en rapport direct avec les symptômes généraux. Je ne vous importunerai pas avec les détails de l'observation, il suffira que je vous dise que, sans suppuration, sans pleurotomie, sans intervention chirurgicale, le malade guérit en deux mois environ, en gardant

bien entendu des signes de symphyse pleurale et d'épaississement de la plèvre dans une notable étendue.

Ce n'est là qu'un fait, mais il vous apparaîtra, n'est-il pas vrai? comme un des plus graves qu'on puisse observer ; cependant, le malade a guéri en dehors de toute intervention chirurgicale. Est-ce à dire que les choses doivent se passer toujours d'une manière aussi satisfaisante? loin de moi cette pensée.

Mais après M. Beurnier, après M. Nélaton, je répéterai : Ce ne sera que très exceptionnellement que l'on interviendra dans les plaies pénétrantes du poumon, car les accidents immédiats locaux ou généraux ne peuvent, dans le plus grand nombre des cas, nous fournir une indication opératoire décisive. Je crois que c'est surtout quand le traumatisme aura porté sur la partie gauche du thorax, que l'intensité des phénomènes fera craindre une lésion du péricarde ou du cœur, qu'on sera amené à prendre le bistouri. C'est dans ces conditions d'ailleurs que se sont trouvés les trois opérateurs dont le nom revient constamment dans cette discussion ; et le résultat qu'ils ont obtenu est la meilleure justification de leur conduite : mais en dehors de ces conditions particulières, et quand le traumatisme aura porté sur le côté droit du thorax, je crois que l'indication d'intervenir sera absolument exceptionnelle. Sous ces réserves j'accepte, en ce qui me concerne, les conclusions de M. Delorme.

Rapports.

Plaie du cœur par balle de revolver. Suture. Mort,
par M. le Dr Riche, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. WALTHER.

Messieurs, il y a déjà fort longtemps que M. Riche a présenté à la Société cette observation et je m'excuse du très long et bien involontaire retard de ce rapport.

L'observation est courte, tous les détails en sont importants et je crois utile de la rapporter en entier :

Observation. — Le 14 avril 1904, à sept heures du soir, un agent amène à l'hôpital Saint-Antoine le nommé L. (Joseph), armurier, âgé de trente-quatre ans, qui s'était tiré un quart d'heure plus tôt, à bout portant, un coup de revolver dans la région du cœur.

Le blessé est dans un état syncopal, avec sueurs froides et refroidissement des extrémités. Il ne répond pas aux questions et est presque insensible aux excitations extérieures.

Le pouls est très faible, irrégulier et bat à 112. Ni hémoptysie, ni hématémèse.

On pratique aussitôt deux injections hypodermiques d'un centimètre cube d'éther et une injection de 250 grammes de sérum artificiel.

Je ne suis appelé par téléphone qu'à 8 heures moins cinq et je trouve un homme très pâle, agité, dont le thorax montre entre le sternum et le mamelon gauche un orifice à bords noircis, absolument sec.

Le pouls n'est pas extrêmement fréquent, mais très mou et très variable comme rythme et comme force. Je fais immédiatement transporter à la salle d'opération le blessé. Il est anesthésié au chloroforme et je commence mon intervention à 8 h. 35.

L'orifice de la balle se trouve dans le 5e espace, à 5 centimètres en dedans du mamelon, à 2 centimètres au-dessous de l'horizontale passant par le mamelon.

Je fais une première incision de 12 centimètres, qui part du sternum et traverse l'orifice. La peau écartée, je vois que le bord inférieur du 5e cartilage a été écorné par le projectile et j'entends de l'air entrer dans la plèvre. Je ne songe plus alors à la ménager et je fais sauter rapidement un volet à charnière externe comprenant les 3e, 4e et 5e cartilages et les côtes correspondantes. Pour cela je coupe les cartilages costaux au bistouri, à ras du sternum, je mets une pince sur le bout supérieur de la mammaire interne qui donne, je coupe à la cisaille les 3e et 5e côtes à la base du lambeau et fracture la 4e côte.

Je vois alors le poumon nageant sur un lit de sang et de caillots et masquant le péricarde. Introduisant la main dans le thorax, je sens aussitôt que la face postérieure du péricarde est largement trouée. Le cœur est donc traversé de part en part.

Sur la face antérieure du péricarde, l'orifice est assez petit. Je l'incise largement et trouve un caillot entourant le cœur. Le ventricule gauche présente à 3 centimètres environ de la pointe une plaie à bords contus par laquelle du sang sort en bavant ; le cœur bat sans vigueur.

Je suture facilement cette plaie antérieure avec une petite aiguille de Reverdin courbe et un surjet de catgut n° 1.

Puis je relève le cœur pour aborder sa face postérieure. A 5 ou 6 centimètres de la pointe se trouve un orifice à bords un peu éversés qui saigne abondamment. Je l'atteins assez difficilement, mais parviens néanmoins à l'oblitérer d'un surjet de catgut.

Mais en remettant le cœur en place, je constate que les fils placés en avant ont coupé le myocarde au cours des manœuvres de redressement et qu'un jet de sang sort à travers la suture. Quelques points de catgut renforçant celle-ci viennent à bout de l'hémorragie.

A ce moment les battements s'affaiblissent malgré des injections

d'éther et de caféine, et lorsque j'ai fini de fermer le péricarde, le cœur s'arrête sans que les tractions de la langue et le massage direct parviennent à faire renaître son activité.

Je vide la plèvre d'une masse énorme de caillots sanguins, je constate que le poumon est perforé à un centimètre au-dessus de son bord postérieur et sens un orifice dans le diaphragme.

L'opération avait été très rapidement menée. l'hémorragie opératoire relativement peu abondante et le chloroforme très bien supporté.

Les caillots évacués de la plèvre pesaient 3.080 grammes et je ne saurais évaluer la quantité de sang liquide qui s'était écoulée au début.

L'autopsie montra que la balle, de calibre 8 millimètres, après avoir perforé le cœur, avait passé à travers le diaphragme dans l'abdomen pour atteindre la grosse tubérosité de l'estomac sans léser la muqueuse; le pôle supérieur de la rate avait été éraflé, puis la balle, passant de nouveau dans le thorax, avait traversé le bord postérieur du poumon et s'était arrêtée dans le 11e espace, sous la peau du dos, près de la colonne vertébrale.

Le cœur ouvert, on put constater que les deux valves de la mitrale étaient intactes, mais que pour traverser la paroi postérieure, la balle avait intéressé le pilier postérieur sans le détacher complètement.

Il n'y avait qu'une centaine de grammes de sang dans l'abdomen; les poumons étaient tuberculeux et le foie cirrhotique.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Riche nous rappelle qu'il a déjà présenté le 21 mai 1902 à notre Société une femme chez laquelle il avait suturé une plaie du ventricule droit par coup de couteau.

Dans ces deux cas la plèvre avait été lésée : chez la femme, il y avait pneumothorax, chez l'homme hémopneumothorax. Étant donnée la fréquence de cette lésion de la plèvre en raison même des dispositions anatomiques, M. Riche se demande s'il est bien utile, dans des cas aussi pressants, de mettre tous ses soins, au prix d'un temps notable, à relever un volet ne comprenant pas la plèvre et s'il ne vaudrait pas mieux tailler hardiment, en quelques secondes, un volet comprenant toute l'épaisseur de la paroi thoracique; l'inconvénient d'un pneumothorax en général peu grave étant largement compensé par le bénéfice d'une rapidité beaucoup plus grande d'intervention.

M. Riche étudie ensuite les conditions variables d'exécution de la suture : les plaies de la face antérieure du ventricule gauche sont faciles à suturer en raison de l'épaisseur des parois; l'extrême minceur du ventricule droit rend plus malaisée la suture de ses plaies.

Les lésions de la face postérieure sont de suture pénible, car il

est malaisé de maintenir le cœur relevé ; la difficulté augmente naturellement à mesure qu'on s'éloigne de la pointe.

Quant au passage de l'aiguille, on le fait comme on peut, l'important est d'aller vite et M. Riche n'attache pas grande importance au moment choisi de la révolution cardiaque : « J'avoue, dit-il, admirer les chirurgiens qui cherchent une telle précision dans la technique, mais je crois que ce sont là des points que l'on discute surtout dans le silence du cabinet.

« Il est plus difficile qu'on ne le suppose, sur un cœur battant à nu, de distinguer les différents temps et de faire entre eux un choix judicieux. Maintenant de son mieux le cœur de la main gauche, le chirurgien passera l'aiguille quand il le pourra, rapidement, j'allais dire au vol. Le premier point placé, le reste n'est pas très malaisé. »

Enfin, M. Riche a bien voulu me donner des renseignements complémentaires sur sa première opérée de 1902.

Elle a accouché une première fois le 24 décembre 1903, une seconde fois en juillet 1905. Les deux enfants sont vivants.

Elle a gardé une pseudarthrose des cartilages costaux. Le cœur est plus vertical ; la pointe bat près du sternum entre le 7e cartilage. Il y a des signes d'adhérence péricardique, mais le fonctionnement du cœur est normal. Aucun bruit pathologique du côté de la plèvre et du poumon (examen du 4 février 1907).

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. Riche nos remerciements pour sa très intéressante observation, et je vous demande de vous souvenir au moment opportun, qu'il est candidat à une place de membre titulaire de notre Société.

Trois observations de corps étrangers des bronches extraits avec la bronchoscopie, par M. le Dr GUISEZ.

Rapport par M. WALTHER.

Messieurs, vous avez vu récemment les malades qui font l'objet de ces observations. M. le Dr Guisez vous en a présenté un le 27 mars dernier, les deux autres le 17 avril.

Voici le résumé des observations qu'a bien voulu me donner M. Guisez :

OBS. I. — *Os dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie supérieure. Guérison.*

Malade des environs de Pau, adressé au Dr Guisez avec le diagnostic

de corps étranger bronchique, basé sur les signes et commémoratifs suivants :

Le 23 décembre 1906, le malade en mangeant du porc débité au couperet, avale ou croit avaler un os.

Aussitôt toux, accès de suffocation et quintes qui ne cessent que très avant dans la nuit. Dès ce moment, le malade accuse un très violent point de côté au-dessus du mamelon gauche. Il a de la gêne pour respirer, ne peut faire aucun effort. Des quintes de toux le secouent sans cesse et le 7 février dernier survient une hémoptysie assez abondante. Celle-ci se reproduit à deux ou trois reprises dans la suite à l'occasion des quintes de toux. L'expectoration mucopurulente est devenue très abondante dans ces derniers temps.

Plusieurs médecins qu'il consulta dans son pays le soignèrent pour de la phtisie n'attachant que peu d'importance à l'accident initial.

C'est alors qu'il vint consulter le Dr Meunier, de Pau, qui fit le diagnostic de corps étranger bronchique en se basant sur les signes suivants : Point de côté gauche et dyspnée, en particulier au moment de l'effort. Diminution de l'ampliation thoracique à gauche ; la poitrine de ce côté semble rétrécie et on note 2 centimètres de moins à la cytométrie au niveau du mamelon. L'auscultation révèle à gauche et en avant vers le 3e espace intercostal, c'est-à-dire à un niveau correspondant au hile pulmonaire, un souffle rude à timbre bronchique râpeux.

Bien que soigné pour de la phtisie, la musculature du ma'ade est superbe, le thorax très developpé. L'examen des crachats mucopurulents ne révèle aucun bacille de Koch.

La radiographie ne donne rien mais ceci s'explique par le développement thoracique trop considérable pour que l'ombre d'un os probablement petit ait pu être porté sur l'écran.

La bronchoscopie faite sous chloroforme, le 22 mars, fait voir, à l'aide d'un tube de 9 millimètres et de 35 centimètres, un os blanc triangulaire dont un des angles est enclavé dans la paroi de la bronche gauche.

L'extraction est faite à l'aide d'une pince à griffes spéciale, à articulation terminale, après désenclavement de l'os. L'os étant très large pour le tube employé a beaucoup de peine à s'engager dans celui-ci, il retombe même dans la bronche droite, mais après une prise solide il peut être extrait par la lumière du tube.

Les suites opératoires sont nulles, il n'y a pas de fièvre, le point de côté disparaît rapidement, et, le 27 mars, c'est-à-dire cinq jours après l'extraction, le malade est présenté à la Société de Chirurgie, et le soir même il peut partir pour Pau.

Obs. II. — *Os dans la bronche droite. Extraction de la bronche par la bronchoscopie supérieure. Guérison.*

Malade adulte soigné par le Dr Clapeyron et qu'il nous a adressé en mars dernier avec le diagnostic de corps étranger probable de la bronche droite.

Au dire du malade, l'accident daterait de la fin du mois de janvier ; en mangeant un ragoût de mouton il aurait avalé un os. Aussitôt sur-

viennent de violentes quintes de toux, le malade devient violacé, il respire avec peine, très gêné par ce corps étranger au niveau du pharynx. Le malade essaie par tous les moyens de se débarrasser de ce corps étranger qu'il sent avec son doigt au fond de la gorge, lorsque brusquement à la suite d'une violente respiration il le sent descendre, est pris d'une quinte de toux très violente, puis tout semble rentrer dans l'ordre. Mais le lendemain et les jours suivants un point de côté à droite, de la dyspnée d'efforts, de la toux vont en s'accentuant.

Le 11 mars survient un violent accès de suffocation qui dure plusieurs minutes durant lequel le malade peut bien aspirer l'air, mais ne peut plus l'expirer.

Depuis ce jour, le malade et ceux qui l'entourent perçoivent nettement, à chaque expiration un peu forte qu'il fait une sorte de bruit de « clapet ».

Le malade voit différents médecins, puis s'adresse au D[r] Clapeyron, qui, donnant quelques créances à ses dires, nous l'adresse le 27 mars dernier.

L'examen ne nous fait constater qu'un peu de souffle tubaire à la partie antérieure du poumon droit, un point douloureux spontanément et à la pression au-dessus du mamelon droit. Le thorax du côté droit semble prendre dans l'inspiration moins d'expansion que le gauche. Enfin, et surtout dans les expirations un peu fortes, on entend un bruit de clapet on ne peut plus net.

La radioscopie et la radiographie, très bien faites par M Contremoulin, ne donnent aucun résultat, le malade étant très solidement charpenté.

L'opération est faite sous chloroforme le 28 mars à l'Hôtel-Dieu avec l'assistance de M. Lyon-Caen, interne du service du P[r] Le Dentu, et en présence des élèves du service. La chloroformisation est difficile à cause des quintes de toux.

A l'aide d'un tube de 11 millimètres et de 35 centimètres introduit par la glotte, nous constatons dans la bronche droite une sorte d'os plat triangulaire enclavé par deux de ses angles dans la paroi bronchique, il est mobile et suit les mouvements d'expiration. Les parois de la bronche sont tuméfiées rouges et recouvertes de fausses membranes.

Avec un crochet nous le désanclavons et le saisissons ensuite avec notre pince à griffe. Nous essayons de l'introduire dans le tube, mais à cause de ses dimensions il nous est impossible de l'y engager. Nous voulons l'extraire en même temps que le tube, il est arrêté à la glotte. A différentes reprises, nous échouons dans nos tentatives et nous nous demandons comment cet os a pu, dans une inspiration, franchir la glotte, il nous paraît dans le bronchoscope plus grande que celle-ci.

Force nous est de le laisser dans la partie supérieure de la trachée juste au-dessous de la glotte.

Au réveil le malade sent son os dans la trachée, il tousse violemment et, dans une quinte de toux, il expulse le lendemain le corps du délit que nous vous présentons.

Cet os est aplati, présente une forme triangulaire et mesure 24 millimètres de base et 22 millimètres de hauteur. Etant donné les dimen-

sions ordinaires de la glotte, on se demande comment il a pu passer et repasser à travers l'orifice glottique.

La bronchoscopie a permis de le voir, de le désenclaver, de le remonter au larynx, et, s'il a pu être expulsé dans une quinte de toux, c'est grâce à elle.

Dans ce cas, comme dans le précédent, les suites opératoires ont été nulles, et le malade s'est remis très rapidement.

Obs. III. — *Extraction d'un corps étranger de la bronche droite (canule à trachéotomie) par la bronchoscopie supérieure.*

Le professeur agrégé Rouffilois, du Val-de-Grâce, nous a amené le 30 mars dernier un malade auquel était arrivé la veille au soir l'accident suivant : Trachéotomie depuis dix-huit mois pour du laryngotyphus avec atrésie du larynx, la plaque d'arrêt de la canule venait se détacher et la canule tout entière était tombée dans la trachée. Aussitôt, suffocation intense menaçant d'arriver à l'asphyxie complète. Le Dr Rouffilois, appelé auprès de ce malade dilate la plaie avec un dilatateur à trois branches et la respiration se rétablit immédiatement. Une pince courbe introduite dans la plaie trachéale ne fait découvrir aucun corps étranger trachéal.

La radioscopie faite séance tenante, rendue difficile par l'état du malade, fait néanmoins constater que la canule n'est pas dans la trachée, elle est plus bas. Son siège exact ne pouvait être précisé, le murmure vésiculaire étant constaté à droite et à gauche avec la même intensité.

Le Dr Ronffilois, s'en remettant à l'avis du professeur Loison, mit une autre canule et attendit au lendemain. L'introduction de cette nouvelle canule ne pouvait refouler le corps étranger, attendu que la trachée était vide. En outre, tout danger immédiat se trouvait écarté, puisque le corps étranger étant tubulaire, la perméabitité des voies aériennes était respectée.

Une radiographie que je vous présente, faite le lendemain matin, montre nettement le corps étranger arrêté à l'entrée de la bronche droite.

Le Dr Ronffilois voulut bien, avec le professeur Vallin, m'amener ce malade dans l'après-midi du 30 mars dernier.

Après cocaïnisation de la plaie trachéale, nous introduisons tout naturellement, nous aidant de la fistule trachéale, un tube spatulé de 12 millimètres et 20 centimètres de long. Nous voyons le corps étranger qui, enfoncé dans la bronche droite, fait saillie dans la trachée. Nous saisissons la canule avec notre pince à griffe, retirons progressivement le tube, l'amenons à la peau; une pince de Kocher termine l'extraction, de très courte durée.

Les suites opératoires ont été excellentes. Actuellement, le malade respire, même peut-être mieux qu'avant l'opération; il s'est fait vraisemblablement une sorte de ramonage de sa trachée et de bourgeons charnus par l'extraction de ce corps étranger.

Ces trois observations offrent un réel intérêt, les deux premières surtout; celles-ci nous montrent, en effet, la difficulté du diagnostic, la confusion fréquente avec la phtisie pulmonaire, confusion qui tient en partie à ce que, dans l'examen des malades, on n'a pas assez tenu compte des commémoratifs, du début brusque, de la notion indiquée par le malade de la déglutition d'un corps étranger, notion très souvent volontairement négligée et attribuée à une sensation fausse.

Nous voyons cependant que le diagnostic peut être fait, en s'appuyant sur ces commémoratifs, sur le caractère des quintes de toux, sur la douleur persistante, fixe, en un point bien déterminé, sur la diminution de l'ampliation thoracique, sur l'absence de bacilles dans les produits d'une expectoration purulente abondante souvent accompagnée d'hémoptysie.

Ce sont ces signes qui ont permis à M. le D[r] Meunier, de Pau, d'affirmer le diagnostic de corps étranger d'une bronche, à M. le D[r] Clapeyron de soupçonner la présence du corps étranger.

Dans les cas où il s'agit de fragments d'os, la radioscopie, la radiographie ne donnent aucun renseignement.

La bronchoscopie permet de faire immédiatement le diagnostic et de se rendre compte de la forme, de la situation du corps étranger; elle permet de faire, séance tenante, l'extraction par les voies naturelles.

Dans la seconde observation, le volume du fragment osseux n'a pas permis l'extraction immédiate. M. Guisez a pu du moins le mobiliser, le dégager de la bronche dans laquelle il était implanté, l'amener jusqu'au-dessous de la glotte qu'il n'a pu franchir, et le lendemain, dans une quinte de toux, un effort violent le chassa en forçant la glotte.

Tout est fort instructif dans cette méthode nouvelle que M. Guisez a appliquée avec beaucoup de prudence et d'habileté.

Ces observations portent à 10 le nombre des cas de corps étrangers des bronches qu'il a pu extraire à l'aide de la bronchoscopie (dont 8 par bronchoscopie supérieure, en passant directement par la glotte).

Tous les malades ont guéri très simplement, très rapidement. Dans un seul cas (noyau de datte inclus dans la bronche gauche), M. Guisez a dû faire le lendemain la trachéotomie pour un spasme de la glotte survenu vingt-quatre heures après l'opération; la plaie trachéale a du reste été rapidement cicatrisée.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Guisez, de nous avoir donné ces très intéressantes observations que nous conserverons dans nos archives.

Tumeur primitive du pneumogastrique (fibro-sarcome). Résection du pneumogastrique. Guérison, par M. ANDRÉ VENOT, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

M. le Dr Venot nous a envoyé une observation tout à fait exceptionnelle, et peut-être même unique, de résection du pneumogastrique pour une tumeur de ce nerf.

Voici cette observation qui, eu égard à sa rareté, mérite d'être donnée en détail, et telle que l'a rédigée le Dr Venot.

Louis D..., trente-trois ans, cultivateur, demeurant à Camiran, canton de la Réole, Gironde, entre à l'hôpital Saint-André, le 27 juillet 1905, salle 18, lit 6 (service de M. le professeur Demous que j'avais l'honneur de suppléer). Il est porteur d'une tumeur profondément située, au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien gauche, immédiatement au-dessus de la clavicule.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts depuis longtemps. Un frère du malade est mort à vingt et un ans d'une affection pulmonaire. Un autre frère, plus âgé que lui, se porte bien.

Antécédents personnels. — Jusqu'en 1891, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, Louis D... jouit d'une excellente santé. A cet âge, grippe, quinze jours de lit, convalescence lente; il s'amaigrit et souffre beaucoup de l'estomac.

En 1895, il est victime d'un petit accident de chasse : il reçoit, par ricochet, un plomb n° 3, qui pénètre au niveau de la partie antéro latérale gauche du cou, au point où siège actuellement la tumeur.

Histoire de la maladie. — En 1896, le malade découvre, par hasard, une petite tumeur du volume d'un pois, profondément située au-dessus de la clavicule, sous le sterno-mastoïdien gauche, et qu'on ne sentait que par une palpation appuyée. Ni douleur, ni gêne d'aucune sorte. Pendant cinq ou six ans, cette tumeur grossit insensiblement et acquiert ainsi le volume d'un haricot.

Depuis trois ans, c'est-à-dire depuis 1902, la tumeur augmente de volume d'une façon sensible, et depuis 1903 elle commence à gêner le malade. A ce moment la *parole* devient *enrouée.*

A partir de cette époque apparaissent les autres troubles fonctionnels rattachés, par le malade, à la présence de la tumeur. Ce sont : des *douleurs dans l'oreille gauche* qui sont parfois très vives et surviennent principalement la nuit; des *douleurs dans l'hémi-thorax gauche,* et surtout des *troubles cardiaques* consistant en *palpitations* et en *douleurs dans le cœur* en coups d'aiguille. Ces troubles étaient exagérés par la fatigue et les efforts.

Notons que depuis quelques années Louis D... ne souffrait plus de

l'estomac; sa santé générale s'était relevée; toutes ses autres fonctions s'accomplissaient normalement.

Etat actuel, à son entrée à l'hôpital. — On trouve à deux centimètres au-dessus de la clavicule, en arrière du sterno-mastoïdien gauche, et débordant le bord postérieur du muscle, une tumeur ayant à peu près la forme et le volume d'un petit œuf de poule, dont le grand axe est vertical. Elle fait dans la région une légère saillie. Les téguments ne présentent, à son niveau, rien d'anormal. Le sterno-mastoïdien est libre et facile à détacher de la tumeur. Celle-ci est lisse à sa surface, sa consistance est régulièrement dure. Elle est à peine mobile transversalement, et absolument immobile de haut en bas. Elle ne suit pas les mouvements d'ascension du larynx pendant la déglutition.

Elle est en rapport avec la carotide primitive d'une façon assez intime, car en appliquant la pulpe des doigts sur sa face antérieure, on sent les battements de l'artère qui lui sont communiqués.

La palpation, la compression et la mobilisation de la tumeur déterminent des *accès de toux spasmodique.*

Paralysie de la corde vocale gauche. — Ce qui attire surtout l'attention, c'est le timbre de la voix, qui est voilée, enrouée, alors qu'autrefois elle était claire. M. le professeur Moure qui a examiné le malade, nous a remis la note suivante : « Immobilisation de la corde vocale gauche en position externe », et il conclut à l'existence d'un néoplasme sous-sterno-mastoïdien adhérent et comprimant le récurrent ».

Douleurs dans l'oreille gauche. — J'ai déjà signalé ces douleurs qui sont parfois très vives et présentent des exacerbations nocturnes. L'oreille ne présente rien d'anormal à l'examen.

Troubles cardiaques. — Ces troubles cardiaques gênent beaucoup le malade. Ce sont des *palpitations*, s'accompagnant souvent de *douleurs* que le malade compare à des *coups d'aiguille* dans le cœur. Ces phénomènes surviennent principalement sous l'influence de la fatigue et des efforts. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal : les bruits sont bien frappés, le pouls bat 88 à 90 fois par minute, les artères sont souples; du reste, le malade, qui n'est ni alcoolique ni syphilitique, n'est pas artério-scléreux.

Tels sont les symptômes positifs que l'on constate chez le malade. Le reste de l'examen est négatif. En dehors des signes de compression très nets du pneumogastrique, je n'ai trouvé aucune autre trace de compression, ni de la carotide primitive, ni de la jugulaire interne, ni de l'œsophage, ni de la trachée.

La respiration est normale; les fonctions digestives s'accomplissent bien. Les urines sont normales comme quantité et comme qualité.

L'état général est très bon. Le sujet est un homme de taille moyenne, maigre, mais vigoureux; il travaille aux champs, et ne s'est arrêté de travailler que pour venir à l'hôpital.

En fait de *diagnostic*, j'avais d'abord pensé à une tumeur développée autour d'un corps étranger : le grain de plomb, que le malade avait reçu dans la région un an avant l'apparition de la tumeur, autorisait

cette hypothèse. Mais la radiographie n'a pas permis de retrouver ce grain de plomb. Je m'arrêtai alors au diagnostic de néoplasme(?) en rapport avec le pneumogastrique.

Opération. — L'opération est pratiquée le 10 août 1905. Le sujet est endormi au chloroforme. Incision de 7 centimètres environ à partir de la clavicule, suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche. Le muscle, dégagé, est écarté en dedans. J'arrive facilement sur la tumeur, en avant et en dehors de laquelle s'étale la jugulaire interne. Je constate que la tumeur a une certaine mobilité latérale; par contre elle est absolument immobile de haut en bas. Elle est *encapsulée*. J'incise la capsule longitudinalement, en dedans de la veine jugulaire interne. La tumeur ne présente aucune adhérence avec la capsule. Elle est retenue en haut et en bas par un pédicule sur lequel se perd la capsule. Saisissant alors la tumeur avec une pince de Museux, je la luxe hors de sa capsule. Je suis obligé de tirer assez fort pour amener la tumeur au dehors. A ce moment le malade à un *spasme de la glotte* assez effrayant. Je fis alors le diagnostic de tumeur du pneumogastrique, et de deux coups de ciseaux je coupai le nerf au-dessus et au-dessous de la tumeur. Le spasme de la glotte s'arrêta aussitôt et la respiration reprit son rythme normal.

La capsule laissée en place est constituée par un tissu cellulaire mince, souple, lisse à sa surface interne. La paroi postérieure de la capsule est appliquée sur la carotide, que l'on sent très bien avec le doigt. J'ai pu examiner les deux bouts du pneumogastrique qui sont augmentés de volume : ils ont à peu près le double du volume normal, puis, à peu près à 2 centimètres au-delà, le nerf reprend son volume.

Les deux extrémités du nerf étant séparées par un intervalle d'environ 5 centimètres je ne songeai pas un seul instant à tenter une suture impossible. Je plaçai un petit drain dans la poche et refermai la plaie opératoire.

Les suites opératoires furent très simples : la température oscilla entre 36 degrés et 36°8; le pouls, entre 82 et 96, régulier, bien frappé. Les autres fonctions s'accomplissaient normalement. Rien à noter du côté de la respiration; et le malade, guéri, quittait l'hôpital le 21 août, onze jours après son opération.

Au moment de son départ, il se sentait beaucoup mieux : il n'avait plus ressenti la moindre douleur dans l'oreille, et, se levant dès le septième jour, il avait pu se promener dans l'hôpital, monter et descendre des escaliers sans ressentir le moindre trouble cardiaque. Il ne conserve que la paralysie de la corde vocale gauche.

Fait important : le rythme respiratoire et le pouls sont restés identiques, et n'ont pas été modifiées par la section du pneumogastrique. Mon collègue Gautrelet a bien voulu examiner le pouls et m'a remis la note suivante : La pression artérielle prise à la radiale gauche et à la radiale droite à l'aide du sphygmomètre de Bloch-Verdin est égale à 15 centimètres de Hg, de chaque côté. Les tracés obtenus au sphygmographe de Dudgeon (H = 120) sont absolument identiques à gauche et à droite.

J'ai revu ce malade à diverses reprises depuis son opération et son médecin, le Dr Ballias, veut bien me tenir au courant de son état. Actuellement, il est en très bonne santé, et il ne persiste chez lui de ses anciens troubles que la paralysie de la corde vocale.

Au point de vue macroscopique la tumeur présentait les caractères suivants : volume d'un petit œuf de poule, surface régulière; consistance uniformément dure rappelant celle du fibrome; coloration blanc jaunâtre. A chaque pôle de la tumeur pénètre un cordon nerveux, qui se perd dans le tissu même du néoplasme ; il est impossible de reconnaître macroscopiquement à la surface un éparpillement de fibres nerveuses. A la coupe la tumeur crie sous le couteau et présente les mêmes caractères.

Malgré des recherches bibliographiques minutieuses, nous n'avons pu trouver qu'une autre observation de tumeur primitive du pneumogastrique : c'est celle de Ramonède, publiée in *Revista clinica de los Hospitales*, Madrid, juin 1891 ; et encore cette observation n'est-elle pas tout à fait comparableà la nôtre. Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire du pneumogastrique droit que l'auteur put extirper en *conservant la continuité du tronc nerveux.*

Voici les principaux détails de cette observation : Femme de trente-cinq ans chez laquelle l'affection avait débuté six ans auparavant par une petite tumeur mobile située à l'angle droit du maxillaire inférieur. La tumeur qui était restée stationnaire pendant deux ans, se mit à augmenter de volume et devint grosse comme un œuf d'oie. Au moment de son entrée à l'hôpital général de Madrid, la tumeur présentait les rapports suivants : « En bas elle correspond au bord supérieur du cartilage thyroïde; en haut elle atteint la pointe de l'apophyse mastoïde; en arrière elle arrive jusqu'au rachis; en avant elle disparaît sous le sterno-mastoïdien. La paroi pharyngienne bombe légèrement en-dedans. *Absence absolue de troubles fonctionnels,* si ce n'est la provocation de quintes de toux chaque fois qu'on touche la tumeur ».

Opération. — Une incision de 10 à 12 centimètres conduit sur la tumeur. Celle-ci est *encapsulée.* La capsule incisée, on voit que la tumeur est croisée à sa surface par un tronc nerveux dirigé d'arrière en avant et de haut en bas, et *adhérent* à la tumeur. La dissection et les phénomènes observés après l'opération ont démontré que ce tronc nerveux était l'hypoglosse. La dissection de la tumeur est assez délicate : en soulevant son extrémité inférieure on constate que par cette partie le néoplasme se continue avec un autre tronc nerveux profond et dirigé verticalement, qui est le pneumogastrique. La séparation de la tumeur et du pneumogastrique fut longue et minutieuse mais complète, et l'on put conserver le nerf tout entier.

Pendant cette opération il se produisit « des accès de toux répétés, spasmodiques, incessants, et, en même temps, par intervalles, disparition totale du pouls, avec menace de syncopes; des nausées presque continuelles sans vomissements, tous accidents causés sans doute par l'excitation mécanique du nerf. A la fin ce nerf est resté déshabillé et flottant, avec quelques lambeaux de capsule dans une étendue de 5 ou

6 centimètres. Dans le fond de la plaie restait, visible et dénudée, l'artère carotide interne dans presque toute sa portion cervicale ». La malade guérit, mais présenta après l'opération, entre autres phénomènes : aphonie complète, vomissements persistants, difficulté de la mastication, tachycardie, pas de température. Les vomissements disparaissent au bout de peu de jours. Le pouls redevient normal au quatorzième jour; l'aphonie persistant encore, deux mois après l'opération et est due à une paralysie faciale de la corde vocale droite.

L'examen histologique montra que la tumeur était un sarcome fusocellulaire.

En lisant cette observation de Ramonède, on n'est pas du tout convaincu qu'il s'agisse d'une tumeur primitivement développée aux dépens du pneumogastrique. Cette volumineuse tumeur ne déterminait aucun trouble fonctionnel. Elle put être enlevée en conservant la continuité du tronc nerveux. Ne s'agit-il pas alors d'une tumeur adhérente au vague, comme elle était adhérente à l'hypoglosse? Et les troubles fonctionnels déterminés par la manipulation de la tumeur s'expliquent aussi bien par le contact de la tumeur avec le pneumogastrique. Quant aux troubles consécutifs à l'intervention, ils me paraissent devoir être surtout rattachés à la dissection laborieuse du nerf.

Enfin les traités de chirurgie signalent une observation de fibro-sarcame du pneumogastrique due à Sottas : Nous n'avons trouvé nulle part son indication bibliographique.

Deux points paraissent particulièrement intéressants dans cette observation : C'est d'abord l'excessive rareté des tumeurs du pneumogastrique; c'est ensuite l'innocuité complète d'une resection étendue de ce nerf au cou. Il n'y a eu ni *ralentissement de la respiration*, ni *tachycardie*.

Le ralentissement de la respiration après la section d'un pneumogastrique au cou est un phénomène inconstant; une tachycardie momentanée est au contraire un phénomène ordinaire. Je ne parle pas naturellement de la paralysie de la corde vocale du même côté, qui est la conséquence fatale de cette section.

S'il n'y a eu ni ralentissement respiratoire, ni tachycardie, c'est que depuis neuf ans le nerf était malade, et que, depuis trois ans, il ne fonctionnait certainement plus puisque la corde vocale était paralysée. La compensation, par l'autre pneumogastrique, avait eu le temps de s'établir.

Cette compensation est du reste très rapide, puisque dans les cas de section d'un pneumogastrique sain au cou, la tachycardie est transitoire, et disparait au bout de quelques jours. C'est un fait aujourd'hui cliniquement et expérimentalement établi.

Cette observation si intéressante est un fait de plus qui vient s'ajouter à tous ceux qui démontrent l'innocuité relative de la section du pneumogastrique au cou.

Il semble que l'excitation du pneumogastrique soit plus grave que sa section.

Venot, au moment de la traction sur la tumeur, a vu survenir un spasme de la glotte qui l'a beaucoup effrayé et qui n'a disparu qu'au moment de la section du nerf. De même, dans l'observation de Ramonède il y a eu, pendant la dissection du nerf, des accès de toux répétés, spasmodiques, et de temps en temps disparition totale du pouls avec menaces de syncopes.

Moi-même, j'ai eu, il y a plusieurs années, au cours d'une extirpation bilatérale du sympathique cervical pour goitre exophtalmique, une syncope brusque et mortelle survenue au moment où je pinçais le pneumogastrique gauche pour l'écarter en avant. Il est vrai qu'à ce moment le sympathique droit avait été réséqué dans sa totalité, du ganglion cervical supérieur au ganglion inférieur, et il est fort possible que la suppression de cette source d'énergie cardiaque ait été pour quelque chose dans l'impossibilité où nous avons été de rappeler la malade à la vie.

C'est le seul accident sérieux que j'aie vu, et j'ai cependant bien souvent disséqué le nerf pneumogastrique, au cours de l'extirpation de volumineuses tumeurs du cou.

Je ne l'ai jamais coupé au cours de ces interventions, bien que je sois depuis longtemps très décidé à le faire en cas d'envahissement, parce que je sais que cette section ne présente que peu de dangers relativement à celui qui résulte de l'extirpation incomplète d'une tumeur maligne par respect pour le pneumogastrique. Mais les exemples sont aujourd'hui très nombreux de section du nerf vague sans accidents mortels ou même sérieux. Reclus, Morestin, pour ne pas aller plus loin, nous en ont cité ici même des cas tout à fait probants.

Récemment Fiori (cité par E. Martini) rapporte 13 cas de section du vague avec une mort.

Dans un travail tout récent, E. Martini (1) a fait une étude d'ensemble très complète, clinique et expérimentale, et dont voici les conclusions :

La mortalité, dans les cas où le vague a été coupé, ne doit pas être attribuée à la suppression fonctionnelle du nerf, mais aux autres lésions concomitantes (presque toujours extirpation des grosses tumeurs malignes du cou).

Cliniquement et expérimentalement on peut dire que la vagotomie unilatérale produit une paralysie permanente de la corde vocale, une tachycardie et un ralentissement respiratoire pendant

(1) E. Martini. Contribution clinique et expérimentale à la section du vague au cou. *Il policlinico*, Rome, déc. 1905, p. 517 et janvier 1906, p. 1.

les premiers jours, aucun phénomène pulmonaire, pas de troubles de l'appareil digestif. Chez une personne saine et vigoureuse la vagotomie unilatérale n'a donc d'autres conséquences durables que la raucité de la voix.

L'observation du Dr Venot vient à l'appui de ces conclusions favorables. Il semble donc bien établi aujourd'hui par des faits multiples que la section unilatérale d'un pneumogastrique ne présente aucune gravité particulière et que, par conséquent, lorsque nous le rencontrons englobé dans une masse néoplasique, au cours de l'extirpation des tumeurs malignes du cou, nous ne devons pas perdre notre temps à nous efforcer de le disséquer, au risque de laisser avec lui des parcelles de tissu malade. Mieux vaut le réséquer délibérement.

C'est la conclusion qui me paraît devoir être tirée de cette très intéressante observation, pour laquelle je vous propose d'adresser au Dr Venot nos remerciements et nos félicitations.

Communication.

Note sur un signe d'occlusion intestinale de la partie inférieure de l'intestin grêle,

par M. RICARD.

Un menuisier de cinquante et un ans entre le 18 mars au soir dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour des accidents abdominaux graves dont le début remontait à quatre jours.

Les renseignements que fournit le malade sont précis : il a été pris, il y a quatre jours, d'une douleur violente dans l'aine droite en même temps qu'apparaissait une petite grosseur du volume d'une noisette. Un médecin appelé fait le diagnostic de hernie étranglée, pratique le taxis et réduit la petite tuméfaction, qui disparaît.

Malgré cela, l'état général du malade continu à s'aggraver, la douleur persiste, des vomissements surviennent, il se fait transporter à l'hôpital. L'interne de garde l'examine, trouve les orifices herniaires libres, le ventre est souple, il ne juge pas utile de faire venir le chirurgien de garde; le malade est envoyé dans mon service, où je le trouve le lendemain.

Son état est grave, vomissements bilieux incessants, facies tiré,

yeux excavés, facies cyanosé, extrémités froides; le malade a eu le matin même des selles diarrhéiques abondantes. La douleur a complètement disparu, le ventre est souple, plat, plutôt excavé ; les orifices herniaires sont libres et petits ; à peine si l'orifice inguinal droit admet l'extrémité du doigt. Rien dans la fosse iliaque droite n'est perceptible au palper.

Devant ces symptômes et malgré les renseignements que le malade épuisé nous transmet, n'admettant guère la possibilité d'une occlusion intestinale chez un homme dont le ventre est plat et souple, et qui a eu deux selles abondantes le matin, craignant une affection d'ordre médical, je prie mon collègue Mathieu de venir voir le malade.

L'avis de mon collègue fut tout à fait l'opposé du mien, et son diagnostic ferme fut : occlusion intestinale portant sur la terminaison de l'intestin grêle.

Il basait son diagnostic sur l'existence, à la percussion brusque des doigts, d'un clapotement péri-ombilical. Ce clapotement, indice d'une hypersécrétion liquide intestinale abondante, n'existait que dans le décubitus dorsal. Dans la position latérale, le liquide, comme dans l'ascite, se déplaçait, et donnait de la matité sur le côté déclive alors que le flanc opposé devenait sonore.

Sur la constatation seule de ce signe, malgré la souplesse et l'aplatissement du ventre, le Dr Mathieu affirma l'existence d'une occlusion intestinale bas située.

Devant ce diagnostic précis, malgré l'état général grave du malade qui ne donnait guère d'espoir, je pratiquai dans le flanc droit, sous l'anesthésie à la cocaïne, une incision qui me permit de constater qu'il s'agissait bien d'une occlusion intestinale.

Près de la terminaison de l'iléon, la convexité d'une anse était pincée et gangrenée dans un petit sac herniaire.

Je débridai ce pincement latéral, je fixai rapidement à la peau et drainai. Le malade mourut dans la journée.

Ce cas est sans doute intéressant, parce qu'il réunit deux raretés, un pincement latéral et une réduction en masse, mais ce n'est pas pour cela que je vous le communique.

Je désire attirer l'attention sur un signe peu ou pas connu d'occlusion intestinale qui peut, dans certains cas difficiles, autoriser un diagnostic qu'aucun des autres symptômes existants ne permettrait d'établir.

Ce signe paraît se rencontrer exclusivement dans les occlusions *incomplètes* et bas situées : le clapotement péri-ombilical est dû au mélange d'un gaz avec les liquides hypersécrétés par l'intestin. Ces liquides libres dans la cavité intestinale se déplacent et suivent la position du malade. En décubitus dorsal, on

trouve le clapotage péri-ombilical; en décubitus latéral, le liquide s'accumule en partie déclive, d'où matité, comme dans l'ascite.

Il faut, pour que ce signe puisse se produire, qu'il n'y ait pas surproduction de gaz ni surdistension intestinale, conditions qui se trouvent réalisées dans les obstructions incomplètes de l'intestin, que ces sténoses soient le résultat de lésions chroniques ou, comme dans mon cas, le fait d'un pincement latéral.

M. Tuffier. — En réponse à la demande de mon ami Ricard, je puis vous citer un fait de sténose incomplète de l'intestin grêle; M. Mathieu qui a vu la malade avec moi a confirmé mon diagnostic et retrouvé le signe en question. Ce qui fait tout l'intérêt de l'observation qui nous a été présentée, c'est la forme des accidents qui étaient aigus et on comprend difficilement, dans ce cas, comment une brusque occlusion incomplète provoque une telle hypersécrétion du liquide avec ectasie intestinale. Mon observation est celle d'une *sténose incomplète chronique de l'intestin grêle*, forme sur laquelle je viens de publier un mémoire (1).

J'opère, il y a quatre mois, avec notre collègue Galliard une jeune femme atteinte d'une hernie crurale droite étranglée. Cette malade était dans un état général extrêmement grave avec algidité. L'opération me fit tomber sur une petite anse intestinale violet noir, à péritoine intact. La gravité de l'état général ne me permettait pas de tenter ni un anus contre nature, ni une résection; l'intestin était de ceux que l'on peut réduire; c'est ce que je fis, en sachant et en disant tous les accidents à longue portée qui pouvaient résulter de cette façon de faire.

Tout se passa sans incidents. Au huitième jour, hémorragie intestinale peu abondante, mélæna. Environ deux mois après s'établissent tous les signes d'une sténose incomplète de l'intestin grêle; accident d'ailleurs prévu. Le syndrome de Kœnig était au complet, mon collègue André Petit et moi demandons à M. Mathieu de voir la malade avec nous. Il confirma le diagnostic et nous montra ce clapotement de l'intestin grêle et cette matité déplacée qui pour lui avaient une grosse valeur diagnostique. Je répète que les contractions péristaltiques douloureuses, le bruit spécial qui les accompagnait la cessation des douleurs après leur passage, le sens même des contractions qui aboutissaient toujours au même point sous-ombilical, la régularité des selles, l'amaigrissement progressif, l'apparition de quelques glaires sanguinolentes dans

(1) Des sténoses de l'intestin grêle. Tuffier et Martin. *Revue des maladies du tube digestif et de la nutrition.* Doin, éditeur. Paris. Numéros de mai et juin 1907.

les selles ne nous laissaient déjà aucun doute sur l'existence de cette sténose.

J'opérai la malade par laparotomie, je trouvai un rétrécissement fibreux de l'intestin grêle, du volume d'un porte-plume et de 7 à 8 centimètres de long; il me fut impossible de le décoller ou de le séparer de la paroi abdominale antérieure, région sous-ombilicale gauche, ou il était situé; j'avais la sensation nette que je déchirerais l'intestin dans ces manœuvres. Au-dessous de lui l'intestin grêle avait le volume de l'avant-bras, ses parois avaient trois ou quatre fois leur volume normal et cette lésion explique bien le syndrome de Kœnig. Je fis une entéro-anastomose latérale, au fil de lin, assez facilement malgré l'inégalité d'épaisseur des parois intestinales anastomosées. Ma malade a bien guéri et les accidents ont cédé immédiatement.

M. Pierre Delbet. — Je demande la permission de faire remarquer à mes amis Ricard et Tuffier que j'ai consacré, il y a une dizaine d'années, une leçon clinique aux obstructions chroniques et incomplètes de l'intestin, et que j'ai insisté, dans cette leçon, sur ce symptôme particulier de *fausse ascite.*

M. Ricard. — Dans le cas que je rapporte il n'y avait pas à faire le diagnostic avec l'ascite. Le ventre, je le répète, était plat, en bateau. L'indication que nous fournit M. Delbet est cependant très précieuse, car elle nous apprend qu'il avait déjà observé ce fait de transport en masse du liquide intestinal dans certaines obstructions chroniques de l'intestin.

J'ai eu, depuis ce premier fait, l'occasion d'observer à nouveau ce signe du clapotage péri-ombilical chez un malade que j'opérais d'un cancer du cæcum. C'était encore là un cas d'obstruction intestinale incomplète et chronique. Le cas que j'ai observé avec M. Mathieu démontre que ce signe peut exister même dans les cas très aigus.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai pas constaté le clapotement et je ne me suis pas occupé des obstructions aiguës. Mais je me suis appliqué à mettre en lumière un fait clinique qui me paraît important. C'est que, dans certaines conditions, le liquide contenu dans les anses intestinales peut prendre une ligne de niveau comme dans l'ascite, et j'ai montré que ce symptôme peut servir à établir le diagnostic d'obstruction intestinale. Il m'a permis, dans un cas que j'ai publié, d'affirmer ce diagnostic avant l'opération.

Présentations de malades.

Difformité consécutive à une brûlure profonde et très étendue du membre supérieur, traitée par l'extirpation des masses cicatricielles et des surfaces suppurantes, suivie de greffes italiennes.

M. H. Morestin. — Les difformités que déterminent les brûlures étendues graves des membres, quand elles ont été peu ou mal soignées, abandonnées pendant des mois à leur évolution spontanée, sont parfois si complexes que les chirurgiens les plus patients et les mieux informés des ressources de la plastique doivent renoncer à toute intervention réparatrice. Cependant, même dans des conditions défavorables, on peut souvent obtenir des résultats très consolants, restituer des membres utiles à des sujets qui semblaient tout d'abord estropiés d'une manière définitive. Tel est le cas de la jeune femme que je vous présente. Quand elle me fut adressée au mois de juin 1905, sa situation était telle qu'un de nos collègues les plus distingués n'avait pas hésité à lui proposer l'amputation du bras à sa partie supérieure. Le membre à ce point compromis a récupéré aujourd'hui toute sa valeur fonctionnelle. Mais il a fallu pour cela de longs soins et plusieurs interventions.

Voici son histoire :

M[me] Cha..., âgée de vingt-quatre ans, fut brûlée très grièvement le 5 octobre 1904, ayant eu le malheur de renverser près d'un fourneau allumé un bidon d'essence de pétrole. Le feu se communiqua à la manche gauche de son vêtement et un très long moment s'écoula avant qu'on vînt à son secours. D'après les détails qui nous sont donnés, les brulûres devaient être du troisième et du quatrième degré. Elles couvraient le bras dans toute sa hauteur et presque toute sa circonférence, l'avant-bras sur la plus grande partie de son étendue, ainsi que la face dorsale de la main. D'énormes escarres se détachèrent, au milieu d'une suppuration abondante et fétide accompagnée de fièvre ; les vastes plaies résultant de leur élimination restèrent pendant longtemps à peu près stationnaires, puis commencèrent à se cicatriser, mais en provoquant des rétractions et des attitudes vicieuses. Au moment de mon premier examen (6 juin 1905) la pauvre femme ne pouvait étendre le coude fléchi à angle aigu, maintenu par des masses épaisses de tissu inodulaire. Une grande plaie couvrait les faces antérieure, externe et interne du bras, depuis le bord inférieur du grand pectoral, couvrait également toute la partie antérieure et

interne de la région du coude, pour se continuer avec une autre perte de substance de l'avant-bras. Celle-ci offrait une disposition annulaire et occupait une hauteur de 8 à 9 centimètres.

Ces plaies, brachiale et anti-brachiale, étaient bordées de larges nappes cicatricielles. Sur le dos de la main une cicatrice froncée, rétractée, étendue du bord cubital au bord radial, du poignet aux commissures interdigitales, mettait un obstacle insurmontable à la flexion de la main et des doigts. Elle maintenait le pouce en adduction forcée; l'annulaire était fixé en hyperextension et hyperadduction; le petit doigt fortement déjeté en dedans et en arrière, incurvé, revêtu de téguments sclérosés, était condamné à l'immobilité absolue. L'état général était médiocre, ce que l'on conçoit très bien après des mois de suppuration abondante. Celle-ci était toujours considérable et fétide, les plaies couvertes de gros bourgeons charnus, blafards et saignants n'ayant plus aucune tendance à la cicatrisation. Les pansements étaient très difficiles, entraînaient de très vives douleurs et s'accompagnaient chaque fois de petites hémorragies.

Le 14 juin je fis admettre tout d'abord la malade à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blum, que je remplaçais. Par deux fois, à quelques semaines d'intervalle, je pratiquai pour commencer un énergique curettage des surfaces suppurantes, suivi d'attouchements à l'eau phéniquée et à l'alcool. La suppuration diminua alors considérablement; les plaies prirent un meilleur aspect et je pus songer à entreprendre les opérations réparatrices que j'avais projetées.

Mais en dépit de sa situation misérable, de son impotence et de sa suppuration effroyablement fétide, la malheureuse avait trouvé le moyen de devenir enceinte. Je m'aperçus de sa grossesse au moment où j'allais commencer la série d'interventions qui s'imposaient. Il fallut les remettre et je me bornai jusqu'à la délivrance à surveiller les plaies, à assurer leur pansement régulier et soigneux.

L'accouchement eut lieu au mois de décembre, très normalement. L'enfant était magnifique, malgré les circonstances où il avait été conçu.

Le 10 mars 1906, la malade entra à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, dans le service de M. Richelot, et je pus enfin m'en occuper sérieusement. La cicatrisation avait fait des progrès très notables, mais la difformité s'était accentuée; l'avant-bras était fléchi à angle aigu et immobile dans cette attitude.

Il fallait le redresser, rendre sa liberté à l'articulation du coude, couvrir de téguments sains et souples une grande partie du bras, la région du coude, une étendue considérable de l'avant-bras,

rendre également au poignet et aux doigts la faculté de se mouvoir.

Le 16 mars, je pratiquai l'extirpation de la surface suppurante brachiale et des masses cicatricielles les plus denses, portant surtout mon attention et mon effort au niveau du pli du coude, m'attachant à sectionner ou enlever tout le tissu inodulaire dont la rigidité s'opposait à l'extension de l'avant-bras. Cette dissection fut pénible autant que délicate ; l'anatomie de la région étant notablement modifiée, je gardais toujours quelque crainte de blesser dans la profondeur quelque vaisseau ou nerf important. De temps à autre, ce travail était interrompu pour mobiliser la jointure et juger du degré de résistance qu'offraient encore les tissus rétractés. Enfin je taillai sur la partie latérale gauche du thorax et de la paroi abdominale un grand lambeau de 20 centimètres de hauteur environ sur 15 de large, et ce lambeau fut mis en place, couvrant la plaie du bras et du coude.

Le 29 mars, deuxième intervention. Sans toucher à la greffe que j'avais installée le 16, je pratique la dissection et l'extirpation de la cicatrice irrégulière et rétractée qui occupe le dos de la main et la maintient en extension. La dissection ici encore est assez laborieuse; elle peut être cependant menée à bien sans qu'aucun tendon soit lésé. Quand elle est terminée, que les doigts ont été mobilisés, sauf le petit qui s'y refuse absolument, nous nous trouvons en présence d'une perte de substance qui s'étend depuis l'interligne du poignet jusqu'à la racine des doigts et aux commissures, et dans le sens transversal depuis le bord interne du premier métacarpien jusqu'au bord cubital de la main. L'avant-bras, qui avait été laissé dans l'extension lors de la première opération est placé maintenant dans la flexion à angle droit. Un grand lambeau est prélevé sur la paroi abdominale à droite de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic. Son pédicule est en bas. La main est insinuée entre la paroi et le lambeau, et ce dernier fixé dans la position convenable.

Huit jours après, autre opération dirigée contre la plaie annulaire de l'avant-bras. Elle fut calquée sur les précédentes : extirpation de la plaie et des cicatrices avoisinantes, taille d'un lambeau sur la paroi abdominale antérieure, à gauche et au-dessous de l'ombilic. Puis le lambeau fut mis en place et suturé. La perte de substance antibrachiale annulaire ne pouvait être enveloppée complètement par le lambeau correspondant; ce dernier fut saturée en haut, au bord inférieur du grand lambeau brachial, qui fut à cet effet mobilisé encore un peu. La face cruentée du lambeau destiné à l'avant-bras couvrait le demi-anneau postérieur de la plaie; le reste demeura provisoirement en contact avec la plaie d'emprunt du lambeau.

Le 23 avril, je sectionnai le pédicule du lambeau de la main. Le 2 mai, je coupai le pédicule du lambeau antibrachial, mais après avoir prolongé ce lambeau sur une longueur de 8 à 9 centimètres, si bien qu'après section, une lame de peau demeurait appendue à l'avant-bras. Cette lame fut appliquée, enroulée autour



de l'avant-bras, et suturée par son extrémité libre à la tranche de section du lambeau brachial, qui, dans cette même séance, avait été séparé de son insertion thoraco-abdominale.

Le 9 mai, je procédai à la mise au point du lambeau de la main, de la greffe brachiale.

Cependant, à la face interne du coude et à la partie correspondante du bras persistait une surface que les précédentes greffes n'avaient pu recouvrir. Il fallut, pour achever la réparation, recourir encore à une quatrième greffe italienne, ce que je fis le 16 mai.

Le 6 juin, je sectionnai ce quatrième pédicule, et, le 20 juin, je procédai à l'adaptation de ce dernier lambeau.

Bien entendu, j'avais profité de chaque narcose pour imprimer au coude, à la main et aux doigts des mouvements étendus, achever de les redresser et les assouplir. Cette mobilisation alla sans trop de peine, sauf pour le petit doigt, demeuré rigide et incurvé, malgré nos tentatives répétées.

Depuis cette époque, notre malade s'est chargée de refaire elle-même l'éducation de sa main et de son bras. Elle s'en sert aujourd'hui de la manière la plus satisfaisante. Les jointures se sont complètement assouplies, les mouvements s'exécutent avec force et précision. Bref, notre opérée peut s'occuper très activement de sa maison, de ses enfants, de son ménage, de sa cuisine. Les parties greffées font un relief assez accusé et donnent au membre un aspect un peu étrange, mais ce sont là choses secondaires pour la malade, enchantée d'être guérie en conservant dans leur intégrité les fonctions jadis si menacées de son bras et de sa main.

M. Berger. — Je pourrais présenter à la Société le résultat d'une restauration aussi complète que celle qu'a obtenue M. Morestin, chez la femme d'un de nos confrères qui, à la suite d'une brûlure, présentait une destruction de tous les téguments de l'épaule, du bras, du coude et de l'avant-bras, et même de la face dorsale de la main. Elle m'avait été adressée par M. Lannelongue et, chez elle, l'opportunité d'une amputation interscapulo-thoracique pouvait être discutée.

D'énormes lambeaux cutanés empruntés au sein, à l'abdomen, à la région du dos et à la poitrine m'ont permis d'obtenir une réparation complète, avec restauration de tous les mouvements des doigts, de la main et du coude.

Je préfère, dans ces vastes réparations, n'agir que par opérations successives, en laissant à la rétraction le temps d'achever ses effets après chaque restauration partielle. Sous l'influence de la traction exercée par la cicatrice, on voit le lambeau transplanté doubler ou tripler parfois d'étendue, et diminuer d'autant l'importance des réparations ultérieures. Les transplantations faites successivement de la sorte restent de niveau avec les parties environnantes; elles ne sont pas exubérantes et l'on observe moins, sur leurs limites, ces dépressions profondes qui se font au niveau des bords par lesquels ces greffes se correspondent.

On peut tout attendre, dans ces restaurations du membre supérieur, de la méthode italienne dont j'ai été l'un des premiers promoteurs, puisque mes premières opérations de cet ordre remontent à l'année 1879.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion de traiter un cas au moins aussi grave, et j'ai eu le bonheur de le guérir avec des greffes de Thiersch.

C'est le 26 juin 1903 que j'ai vu, pour la première fois, une enfant âgée de dix ans, et qui était brûlée depuis dix-huit mois.

Toute la surface du bras à partir de la base du 1er métacarpien jusqu'à une circonférence sur le thorax passant par l'acromion et descendant assez bas à quatre larges travers de doigt au-dessous de l'aisselle n'était qu'une vaste plaie infecte.

Le bras commençait à adhérer au thorax.

Du 26 juin 1903 au 28 octobre 1904, j'ai fait cinq séances d'application de greffes épidermiques selon le procédé de Thiersch.

J'ai obtenu une cicatrisation totale, et cette peau, qui certes a l'aspect lisse des cicatrices, est souple, mobile sur les parties profondes.

Les mouvements de l'épaule sont complets et parfaits. Les mouvements du coude, qui étaient très limités, n'atteignant pas l'angle droit, sont très suffisants sans toutefois aller à la rectitude.

Quant aux doigts, qui étaient demi fléchis, ils ont repris tous les mouvements; cette enfant a aujourd'hui près de quatorze ans et joue du piano.

Je n'aurais certainement pas chez cette enfant trouvé l'étoffe nécessaire pour faire des greffes italiennes; la greffe de Thiersch me semble plus simple et plus facile, tout en étant aussi efficace.

Difformité due à une anomalie d'un cartillage costal.
Résection Chondro-costale par la voie sous-mammaire.

M. H. Morestin. — L'incision sous-mammaire non-seulement permet d'exécuter facilement de nombreuses interventions sur la mamelle, mais est encore très suffisante pour certaines opérations sur la paroi thoracique.

Dans ce cas, j'ai pu utiliser cette voie esthétique pour réséquer le cartilage de la quatrième côte et une partie de celle-ci.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, Madeleine Go..., entrée le 3 juin 1907 dans mon service à la Maison Dubois. Elle présentait, à l'union de la quatrième côte et de son cartilage du côté droit, une saillie très accusée, formant à la partie interne de la mamelle un relief visible à l'œil nu, et très aisément reconnaissable à la palpation. Cette masse était de consistance très ferme et légèrement douloureuse à la pression. J'avoue que je fis successivement deux erreurs de diagnostic à propos de cette tumeur. Le teint

pâle, l'apparence chétive de l'enfant, l'existence de lésions bacillaires au sommet droit me firent craindre tout d'abord une lésion tuberculeuse, d'autant plus que mon interne, qui connaissait la malade depuis longtemps, avait cru remarquer un accroissement notable depuis un examen antérieur. Cependant, la dureté extrême de la tumeur, la sensation particulière à la partie externe d'une sorte de rebord suivi d'une dépression formant marche d'escalier, le souvenir d'un traumatisme très net, chute sérieuse sur les pavés un jour de verglas, me firent penser qu'il s'agissait peut-être d'une luxation chondrocostale, ou d'une fracture juxta-chondrale avec gros cal. Cette lésion se présentait d'ailleurs à l'état isolé, les autres côtes et cartilages costaux ne présentant rien d'anormal. Il existe un très léger degré de scoliose, à peine marqué, ne déterminant aucune modification bien appréciable de la configuration du thorax.

Bref, je crus devoir intervenir, dans le doute, au sujet d'une lésion bacillaire.

Le 5 juin, je pratiquai une incision curviligne, épousant sur une certaine étendue la partie basse de la circonférence du sein (à cet âge, avec un sein peu volumineux, il n'y a pas de sillon sous mammaire). Le sein fut décollé, remonté, relevé par un écarteur.

Ayant abordé et exploré la lésion, je n'eus pas de peine à reconnaître qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de cal, ni de luxation, mais d'une malformation vraisemblablement congénitale, qui s'est sans doute accentuée au cours de la croissance. Le cartilage est en effet très large, deux fois large comme à l'état ordinaire, perforé d'un trou assez large et en outre incurvé sur lui-même comme plié, le pli formant saillie en avant. La côte elle-même, à son extrémité antérieure, est un peu plus large qu'il n'est habituel.

J'ai réséqué le cartilage costal, le sectionnant au voisinage du sternum, et la partie adjacente de la côte, dont j'ai sacrifiée 2 ou 3 centimètres.

Le sein fut alors remis en place, et la plaie refermée sans drainage. La suture fut faite avec grand soin, à l'aide de fils de soie très fins. Suites des plus simples. Au bout de huit jours, la guérison était complète.

Le cartilage et le fragment de côte réséqués semblent parfaitement sains, et je pense, comme je l'ai dit plus haut, qu'il s'agit d'une sorte d'anomalie, exagérée au cours de la croissance.

Présentations de pièces.

Luxation du semi-lunaire.

M. Paul Berger. — Voici le semi-lunaire droit et la partie attenante du scaphoïde que j'ai extirpés, il y a huit jours, chez un sujet qui était atteint d'une luxation en avant de ces deux os.

J'ai observé et traité par la même méthode trois cas de cette affection : les signes en sont tellement caractéristiques qu'après avoir, dans le premier de ces cas, constaté la nature de la lésion seulement au cours même de l'opération, j'ai pu dans les deux cas suivants affirmer le diagnostic avant toute vérification directe et même avant d'avoir vu la radiographie : celle-ci, d'ailleurs, ne donne sur la lésion que des renseignements infidèles ou insuffisants. Les signes sur lesquels on peut se fonder pour affirmer l'existence d'une luxation en avant du semi-lunaire, compliqué ou non de fracture du scaphoïde, sont les suivants :

Chez un sujet, présentant les caractères d'une entorse du poignet, consécutive à une chute sur la paume de la main, sans fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec conservation des rapports normaux des apophyses styloïdes du radius et du cubitus, on constate :

1° Un agrandissement du diamètre antéro-postérieur du poignet au niveau ou un peu au-dessus de l'interligne radio-carpien ;

2° L'existence d'une saillie antérieure qui soulève les tendons des fléchisseurs des doigts. Cette saillie est arrondie, elle peut être circonscrite avec les doigts : elle paraît parfois très légèrement mobile ;

3° Une impossibilité de mettre les doigts dans l'extension complète, à cause du soulèvement et de la tension des tendons fléchisseurs ;

4° Une impossibilité pour le malade de fléchir les doigts d'une manière complète par l'action de la volonté ;

5° Les troubles de la sensibilité dans le domaine de la partie terminale du nerf médian (fourmillements, anesthésie partielle du pouce, de l'index et du médius) dus à la compression de ce nerf.

Dans le premier des cas que j'ai observés, la compression portait sur le nerf cubital, la luxation s'étant faite en dedans et en avant, et non directement en avant.

Guidé sur ces signes, j'ai pu annoncer l'existence d'une luxation du semi-lunaire sur ce malade malgré le défaut de renseignements utiles que nous avait donnés une première radiographie. Une

fracture du scaphoïde avec luxation de la partie fracturée de cet os était rendue probable par la douleur qui existait au côté externe du carpe.

Le seul traitement à employer, dans les cas de ce genre, est l'extirpation des os luxés. Une incision pratiquée sur le bord interne du tendon du grand palmaire permet de récliner en dehors le nerf médian et les tendons fléchisseurs. On arrive sur l'os déplacé qu'on isole avec précaution et qu'on extirpe. L'emploi du bistouri est nécessaire pour diviser le ligament radio-semi-lunaire très puissant, autour duquel l'os a subi une rotation. Hémostase et suture de l'incision sans drainage. J'ai vu le retour des fonctions se faire d'une manière complète en très peu de temps, sans qu'il persistât de raideur ni de laxité excessive du poignet.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais seulement faire deux remarques à propos de la première présentation de M. Berger.

Je n'ai pas vu la pièce, elle est encore enfermée dans son flacon; mais je la sors en toute confiance pour vous faire remarquer, que la fracture du scaphoïde a tous les caractères d'une fracture par arrachement. La voici et vous voyez que le cartilage n'est nullement écrasé, que sa solution de continuité est nette; vous constatez que les aréoles de l'os ne présentent aucune déformation, aucun signe d'attrition. J'insiste sur ce fait, parce que certains auteurs allemands soutiennent que dans ces cas la fracture du scaphoïde se fait par écrasement.

Les fractures par écrasement du scaphoïde existent incontestablement : mais c'est une tout autre lésion qui s'accompagne souvent d'une fracture du radius, particulièrement d'une fracture de Rhéa-Barton.

Dans les déplacements dont il est ici question, les deux moitiés du scaphoïde sont séparées l'une de l'autre par arrachement. Dans les trois cas que j'ai opérés et que je vous ai présentés, la frature avait exactement les mêmes caractères que sur la pièce de M. Berger, et il en est de même sur les pièces expérimentales que j'ai pu faire.

La seconde question que je veux effleurer est celle de la dénomination qui convient à ces lésions ou plutôt de la succession des phénomènes traumatiques.

L'an dernier, j'insistais ici même sur ce point, que le fait primitif et capital est la luxation dorsale du grand os.

Dans le rapport qu'il nous a présenté à la dernière séance, mon ami Arrou dit que M. Tricot, au cours de ses opérations, n'a pas constaté de déplacement du grand os. Je crois que M. Tricot a été

victime d'une illusion. Je n'ai pas vu les radiographies de ses cas. Arrou regrettait qu'il n'y eût pas de radiographies de profil et il avait raison. Il y a deux radiographies antéro-postérieures. L'une est, paraît-il, mauvaise. « Sur l'autre, on voit, dit Arrou, une ombre portée sur le grand os par un fragment qui ne peut être que le semi-lunaire. » Si la projection du semi-lunaire se faisait en partie sur le grand os, c'est que le grand os était remonté et par conséquent luxé.

Voici comment les choses se passent et voici ce qui peut induire en erreur.

Je termine en ce moment un mémoire sur ce sujet auquel je travaille depuis longtemps. Les observations publiées sont nombreuses : il y en a bien une centaine d'utilisables. Tout ce que je vais résumer en quelques mots résulte de leur étude et surtout des expériences auxquelles je me suis livré. Je renvoie pour plus de détails au mémoire que je vais publier prochainement.

Le grand os se luxe en arrière et monte sur le dos du semi-lunaire. Celui-ci se place dans l'attitude de la flexion, mais sans perdre ses connexions normales avec le radius. Dans ce premier degré, la luxation du grand os est très apparente. Il y a un dos de fourchette manifeste. La tête du grand os fait saillie en arrière.

Dans un second degré, le semi-lunaire pressé par le grand os exécute un mouvement de rotation. Il tourne autour du ligament radio-semi-lunaire comme autour d'une charnière de telle sorte que sa face concave regarde directement en avant. Alors la tête du grand os vient occuper en partie la place du semi-lunaire et il ne fait plus qu'une saillie insignifiante ou nulle en arrière. C'est cette disposition qui existe sur la radiographie que nous présente M. Berger. On comprend que lorsqu'on fait une intervention par la voie postérieure on puisse parfaitement croire qu'il n'y a pas de luxation du grand os.

Ce second degré n'est d'ailleurs pas le dernier. La rotation du semi-lunaire peut aller plus loin : elle peut être de 180 degrés, de telle sorte que la face concave de l'os regarde en haut. Dans ces cas encore, le déplacement du grand os peut échapper aux yeux d'un observateur non prévenu.

En somme la luxation dorsale du grand os est le phénomène primitif et le fait capital. Les autres déplacements sont secondaires et d'ailleurs inconstants. C'est pour cela que j'ai décrit sous le nom de luxation du grand os ces lésions complexes qui sont relativement fréquentes, que l'on peut, comme le disait justement M. Berger, assez aisément diagnostiquer, et traiter très efficacement.

M. Arrou. — Je suis très heureux d'avoir amené à la tribune notre collègue Delbet. Ses expériences, mieux que les observations, mieux surtout que les radiographies, sont de nature à éclairer la question. Pour ma part, je me déclare absolument satisfait des explications qu'il nous a données de ces lésions carpiennes à interprétations variées.

Quant au point particulier de la fracture du scaphoïde, c'est bien d'une lésion nette qu'il s'agissait dans le cas de M. Tricot, et non d'un écrasement quelconque. C'est d'ailleurs, nous le savons, la règle.

Arrachement de la 2e phalange du pouce avec la totalité du tendon du fléchisseur propre de ce doigt.

M. Paul Berger. — Cette lésion classique a été faite par un mécanisme un peu différent de l'arrachement par la bride qu'on observe parfois chez les cavaliers.

Il s'agit d'un charretier dont, ce matin même, le cheval a saisi et arraché avec les dents la 2e phalange du pouce droit. Avec la phalange qui est sectionnée et non désarticulée, est venu le tendon fléchisseur qui s'y insère. L'extrémité supérieure de ce tendon porte encore, sur une longueur de 12 centimètres environ, les insertions des fibres musculaires du fléchisseur propre qui ont été arrachées à quelques millimètres de leur insertion sur le tendon. La section des téguments étant à peu près régulièrement circulaire, il n'y eut presque pas d'écoulement sanguin; le blessé ne ressentit que très peu de douleur au niveau de l'éminence thénar et de l'avant-bras.

La 1re phalange du pouce paraît encore très utilisable; l'extrémité de l'os est recouverte par la peau, qui suffira probablement à la cicatrisation.

Traitement : injection antitétanique; bain antiseptique; pansement stérilisé sec. Si la cicatrisation paraissait devoir se faire d'une manière défectueuse, on pourrait améliorer le résultat par le transport d'un petit lambeau pédiculé, pris au tronc par la méthode italienne.

Hydropyonéphrose d'un rein supplémentaire.

M. Tesson. — Hydropyonéphrose d'un rein supplémentaire. — M. Albarran, rapporteur.

Présentation d'instrument.

Seringue aseptisable à instillations urétro-vésicales.

M. Bazy. — Notre confrère, le Dr Lévy-Weissmann, m'a demandé de vous présenter (et je le fais avec plaisir) cette seringue qui présente cette particularité de pouvoir être facilement aseptisée par l'eau bouillante et de permettre d'instiller goutte à goutte la solution qu'elle contient, et cela grâce à un petit dispositif qui permettrait de tourner le piston de façon à le faire avancer de la quantité que l'on veut, si minime soit-elle.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 JUIN 1907



Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un travail de M. ANTONIN, professeur à l'École de médecine militaire de Bucarest, intitulé : *A propos d'un cas d'occlusion intestinale par torsion de la totalité du mésentère.* — M. DELBET, rapporteur.

3°. — Un travail de M. LE JAMTEL (d'Alençon), intitulé : *Fistule intestino-utérine avec large déchirure de la face postérieure de la vessie. Laparotomie. Guérison.* — M. ROCHARD, rapporteur.

4°. — *Traité de technique opératoire*, par MM. CH. MONOD et PAUVERTS (1er volume), présenté par M. CH. MONOD.

A propos de la correspondance.

Énorme lipome de la fosse sous-claviculaire gauche.

par M. le Dr KALLIONZIS,

Professeur de chirurgie-opératoire à l'Université d'Athènes,
Chirurgien de l'hôpital « Aretaeos »,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

C'est à titre de curiosité scientifique que j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation suivante.

Il s'agit de Mme J. K..., âgée de soixante-seize ans, qui entrait



dans mon service chirurgical et gynécologique de l'hôpital « Aretacos » le 28 avril de cette année-ci, portant depuis vingt-huit ans une énorme tumeur de la fosse sous-claviculaire gauche, qui pendait jusqu'à la racine des cuisses en passant au-devant de la mamelle gauche et des parois abdominales, comme vous le voyez dans la photographie n° 1 ci-jointe.

L'examen clinique a prouvé facilement qu'il s'agissait d'un énorme lipome, qui était ulcéré depuis une année dans son pôle inférieur; état général très bon.

Par deux incisions semi-lunaires dans sa racine l'extirpation a été faite très vite; hémostase complète, sutures, pansements aseptiques; réunion *per primam*. Guérison.

La tumeur enlevée pesait *treize* (13) *kilos* et l'examen histologique a prouvé un lipome classique.

A l'occasion du procès-verbal.

Plaies du poumon.

M. Quénu. — Au IX[e] Congrès de chirurgie, en 1895, M. Reclus, rapporteur de la question mise à l'ordre du jour, sous le titre de « Chirurgie du poumon », ne citait que deux observations relatives aux interventions dans les hémorragies traumatiques du poumon, celle d'Ombani, de Crémone, et celle de notre collègue Delorme. Le premier opéré succomba au bout de sept jours, le second ne survécut qu'un quart d'heure.

Le rapporteur concluait néanmoins que ces deux échecs ne devaient pas nous décourager. La belle observation de Michaux lue dans la même séance vint lui donner raison. Quinze jours après, je communiquai à la Société de chirurgie une plaie du poumon par coup de couteau, guérie comme dans l'observation de Michaux, par une intervention opératoire. Depuis 1895 il ne semble pas que les interventions pour plaies pulmonaires se soient multipliées, et M. Delorme nous dit qu'à cette heure les interventions directes ne dépassent pas la quinzaine (1). Cependant les plaies de poitrine sont très fréquentes, la hardiesse des chirurgiens s'est accrue, témoin le nombre chaque année croissant des interventions pour plaies du cœur.

Il y a là un contraste tenant à ce qui fait le fond même de ce débat, c'est-à-dire la difficulté de poser les indications opératoires, de choisir les cas où il faut intervenir.

Je disais aussi en 1895 (2) qu'au lieu d'assister impassible aux accidents de plaies pulmonaires graves, il y a peut être possibilité d'intervenir efficacement.

(1) Il y en a en réalité beaucoup plus.
(2) *Bull. Soc. Chirurgie*, p. 654.

M. Delorme nous déclare que les plaies compliquées d'hémorragies *très sévères* réclament une intervention directe, mais il concède que cette intervention doit être une exception : alors nous sommes tout à fait d'accord.

Comprenant que la difficulté est d'apprécier l'importance de l'hémorragie, M. Delorme s'est attaché à nous en donner les signes.

Nous sommes de son avis, qu'il convient de n'accorder à l'état général du blessé immédiatement après l'accident qu'une importance de second ordre. Les réflexes que déterminent le contact de la plèvre avec le corps traumatisant et l'épanchement de sang, le pneumothorax, l'état psychique du blessé, toutes ces causes sont susceptibles de créer de toutes pièces un état de shock alarmant, mais souvent transitoire et de gravité feinte.

Que dire du siège de la plaie quand il s'agit des armes à feu? On n'en peut tirer d'une manière certaine les indications précieuses dont nous parle M. Delorme.

L'hémoptysie elle-même est un signe inconstant, témoin l'observation de M. Ombrédanne, et quant à l'hémorragie par la plaie externe, elle dépend beaucoup de son étendue et de sa direction, elle peut être insignifiante, témoin l'observation de Michaux ; il ne reste donc en réalité que les signes physiques sur lesquels M. Delorme a insisté et sur lesquels je ne veux pas revenir. J'y ajouterai cependant pour les cas où on n'est pas appelé immédiatement, pour ceux encore où l'hémorragie n'a pas été brusque, mais s'est faite peu à peu et silencieusement, le jour ou les jours qui ont suivi la blessure, la ponction exploratrice : elle nous renseigne non seulement sur la quantité de liquide, mais sur sa qualité, c'est-à-dire sa richesse en globules ; elle peut, en étant répétée à quelques heures, nous indiquer la continuation de l'hémorragie. J'insiste d'autant plus que ce moyen m'a servi pour le malade que j'ai opéré quelques jours après l'accident et qui a guéri.

Dans les cas où on est appelé immédiatement et où l'urgence d'intervenir n'est pas évidente, mais où on conserve des doutes, on pourrait peut-être, avant de tailler un grand volet, faire dans un espace intercostal une incision exploratrice, ce qui n'occasionnerait pas une bien grosse perte de temps.

Je suis donc, comme M. Delorme, d'avis qu'il faut pour les hémorragies graves du poumon, immédiates ou consécutives, s'efforcer de faire l'hémostase directe, mais en insistant sur le caractère exceptionnel de ces interventions.

En somme, les préceptes que nous donnons sur cette question sont basés sur bien peu de faits.

Combien étions-nous avant cette discussion en cours à avoir eu

l'occasion d'intervenir activement pour une plaie du poumon? MM. Delorme, Michaux et moi. Les observations de M. Ombrédanne et Beurnier viennent incontestablement prêter un bon appui à l'intervention. Mais il est un côté de la question où je me sépare complètement de M. Delorme, c'est lorsqu'il assimile l'ouverture de l'abdomen à celle du thorax. M. Nélaton lui a déjà fait observer que la plupart des plaies pulmonaires guérissent seules, que la plupart des plaies abdominales ne peuvent guérir sans intervention à cause de la qualité septique de l'organe blessé, mais il y a autre chose; la plèvre ne réagit pas du tout comme le péritoine : je ne fais pas allusion au pneumo-thorax autant qu'aux réactions ultérieures de la séreuse. Il est incontestable que bien que d'origine embryonnaire identique, les deux séreuses se comportent biologiquement d'une façon différente, j'en ai fait la remarque encore il y a peu de temps, en opérant un kyste hydatique primitif de la plèvre.

La plèvre se défend moins bien contre l'infection et ses infections durent davantage. Je ne veux pas analyser les raisons qu'on peut invoquer et qui sont multiples, mais cela me paraît être un fait d'observation incontestable. Il nous suffit de comparer l'évolution des suites opératoires dans les deux cas, même dans ceux où pour la plèvre comme pour le cœur les suites ont été des plus heureuses.

Il serait donc dangereux, à mon avis, de mettre sur le même pied la laparotomie exploratrice et la thoracotomie exploratrice. Pour la première, vous pouvez affirmer son innocuité parfaite, pour la seconde, non.

Je me permets d'insister, parce qu'il y aurait inconvénient, à mon avis, à ce que cette discussion, par suite d'une interprétation inexacte des conclusions du rapporteur, donnât la volée à une série d'opérations thoracopulmonaires inutiles.

D'autre part, M. Delorme invoque à l'appui de ses conclusions les deux observations d'Ombrédanne et de Duval ; la première, je veux bien, mais pas l'autre ; je le dis d'autant plus que j'avais ma part de responsabilité dans la détermination opératoire, puisque j'étais là et que j'assistais M. Duval.

L'opération a été entreprise non pour obvier aux conséquences d'une plaie pulmonaire, mais à celles d'une plaie du cœur. C'est au cours de l'intervention que M. Duval reconnut d'une part l'intégrité du péricarde, et d'autre part l'existence d'une plaie du lobe supérieur saignant modérément et ayant donné lieu à un hémothorax modéré. C'est à cause même de l'erreur de diagnostic que j'ai engagé M. Duval à nous communiquer son observation. Or, quelles en ont été les conséquences? Les suites furent d'abord

simples pendant les premiers jours, puis la plaie infectée obligea à un drainage secondaire. Le 31 mai, on fut obligé de pratiquer une contre-ouverture au point déclive, en arrière, à cause de la suppuration abondante avec poussées de fièvre périodique. L'état général est redevenu bon, la fièvre a disparu, la suppuration est réduite à peu de chose, mais aujourd'hui 26 juin, la guérison complète n'est pas encore obtenue.

Il faut bien noter que cette opération a été tout au moins inutile ; elle n'eût pas été faite encore une fois, si, tout comme dans l'observation de Beurnier et Cottard, on n'eût pas craint l'existence d'une plaie du cœur.

Mais voici un autre fait inédit et non moins instructif, qui s'est passé dans mon service le 16 avril dernier. Un homme de trente et un ans est apporté dans la nuit, à 11 heures et demie, pour des coups de revolver qu'il s'est tirés à 9 heures et demie, soit deux heures auparavant.

Mon élève Gendron qui était de garde me remit la note suivante sur son état : Le blessé est très agité, respire avec beaucoup de peine, sa respiration est fréquente et peu profonde, le pouls pas très fréquent, pas d'hémoptysie. Tout en dedans du mamelon gauche et un peu au-dessous, on aperçoit l'orifice d'entrée de la balle, par lequel s'écoulent quelques gouttes de sang noir à chaque mouvement respiratoire.

A l'auscultation du poumon, on entend très nettement un bruit de moulin ; on a l'impression d'un liquide sans cesse battu par le cœur. Ce bruit persiste malgré l'arrêt de la respiration. On en conclut à un épanchement de sang dans le péricarde. L'auscultation du poumon est faite avec réserve, car on redoute de mobiliser le malade ; pas de pneumothorax. Le diagnostic de plaie du cœur porté par l'interne de garde fut accepté par le chirurgien appelé par lui ; cependant, pendant toute la période d'une heure séparant l'arrivée du malade de l'arrivée du chirurgien, le blessé s'agitait, demandait à boire, faisait des efforts pour se lever, sans qu'on observât aucune nuance de syncope ni la moindre défaillance.

L'opération suivante eut donc lieu vers minuit : volet thoracique à charnière externe, quantité de sang très modérée dans la plèvre, plaie du bord antérieur du poumon gauche, suture de la plaie, ouverture du péricarde, pas de sang, cœur intact. Suture de la plaie thoracique sans drainage, aspiration secondaire de l'air contenu dans la plèvre.

Le 17 au matin je trouve le blessé en état de shock, en position demi-assise sur son lit, très pâle, les lèvres décolorées, la respiration courte et fréquente, le pouls petit, filiforme.

L'urine, expulsée en assez grande abondance, renferme du sang.

Nous en concluons que le rein a été intéressé par la balle. Température 38,5. Le 18, l'état général est un peu meilleur, la dyspnée est encore intense. Matité à la base gauche, signes d'épanchement pleural, pouls à 130. Une ponction exploratrice ramène un quart de litre d'un liquide séro-sanguinolent.

Le 19, l'amélioration n'a pas duré, dyspnée intense, pouls à 160 pulsations. Je conseille une nouvelle ponction, qui donne issue à la même quantité que précédemment de liquide sanguinolent. Le pouls s'abaisse à 120 une heure après la ponction, puis l'état s'aggrave de nouveau dans la journée, et le malade meurt. Au moment où, après la mort, on déplaçait le corps, il s'écoula par la plaie une grande quantité de liquide chocolat.

L'autopsie a été pratiquée par mon interne, M. Cauchoix, qui m'en a remis la relation suivante. On a dû, pour des raisons spéciales, se contenter d'utiliser le volet thoracique. On constate que la cavité pleurale est libre d'adhérences et renferme une grande quantité de sang altéré, non coagulé, analogue, par conséquent, à celui qui s'écoula par la plaie après la mort; l'épanchement pourrait être évalué à 3 litres. Le poumon gauche enlevé présente une plaie minime suturée. Cette plaie siège au niveau de la face interne de la languette précardiaque. Le trajet intra-pulmonaire est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; l'orifice de sortie est situé au niveau de la face draphragmatique du poumon, il est très petit et semble effacé; il existe en outre une plaie du diaphragme à la partie postérieure de la foliole gauche.

Le rein gauche présente deux plaies, l'une sur la face antérieure près du pôle supérieur, l'autre sur la face postérieure à la partie moyenne de cette face; pas de foyer hémorragique autour du rein.

En résumé, l'autopsie montre une plaie du poumon dont le trajet est loin du hile et qui semble étrangère à l'issue du sang trouvé en quantité considérable dans la plèvre. Quelle est l'origine de ce sang. Provenait-il de la plaie chirurgicale d'une branche intercostale ou mammaire datant de l'intervention? Il est permis de le supposer sans néanmoins pouvoir l'affirmer.

Conclusions. — 1° Je tiens d'abord à mettre en relief ce fait clinique calqué sur l'observation d'Ombrédanne d'un bruit de rouet ou de moulin qui a fait croire à tous à un épanchement de sang péricardique et qui n'était dû qu'à un battage du sang pleural par les mouvements du cœur;

2° En second lieu, je crois qu'il faut mettre en garde les chirur-

giens contre l'erreur qui consiste à diagnostiquer une plaie du cœur parce que la plaie externe est dans la région précordiale ou à son voisinage et que certains signes généraux inclinent à y penser. En somme, sur quatre observations que cette discussion a mises au jour, quatre fois on a cru le cœur intéressé et quatre fois il était indemne, et il est bien certain que, dans 3 des 4 cas au moins, l'hypothèse de la plaie du cœur a été la raison déterminante de l'intervention.

L'auscultation du cœur ne donne pas toujours des renseignements exacts; par exemple, en cas d'emphysème sous-cutané considérable et de pneumothorax, les battements deviennent sourds et l'oreille est gênée par la crépitation gazeuse que provoque son contact avec la paroi. C'est ce qui eut lieu chez le malade de M. Duval. Il faut alors accorder plus d'importance au pouls et douter d'une plaie du cœur si le pouls est resté plein, au-dessous de 100 pulsations par minute, non influençable par un effort, par l'excitation chloroformique;

3° La thoracotomie exploratrice avec volet, avec large ouverture du thorax, ne me paraît pas, dans les conditions où nous la pratiquons, une intervention inoffensive, comparable à la laparotomie exploratrice;

4° J'admets l'intervention chirurgicale et l'hémostase directe pour les hémorragies thoraco-pulmonaires, dont l'importance est démontrable. En cas de forte présomption, je recommanderais la la ponction et, au besoin, l'incision exploratrice d'un espace intercostal. Voilà pour les hémothorax que j'appellerai primitifs; pour les autres, pour ceux qui se reproduisent après une ponction rendue nécessaire par les troubles dyspnéiques, l'indication opératoire me paraît plus nette encore que pour l'hémorragie primitive;

5° Il ne faut pas oublier qu'à côté de la suture de la plaie qui saigne, nous avons pour certains cas, et spécialement pour les interventions secondaires, un mode précieux d'hémostase, le tamponnement. C'est le tamponnement qui a été utilisé chez le malade de Michaux, chez le mien, chez le blessé d'Aunequin (1), chez celui de Guidone (2), chez deux blessés de Habart (3), et tous ces malades ont guéri. On peut donc soutenir que le procédé a fait ses preuves.

(1) *Archives de médecine militaire*, juillet 1896.

(2) Guidone, *Riforma med.* Naples, 1896. *In* Terrier, *Chirurgie de la plèvre et du poumon.*

(3) Habart. *Société des médecins de Vienne*, 1898. — *Semaine médicale*, 1898, p. 488.

Plaie du poumon avec hémothorax très grave. Dyspnée intense améliorée par l'évacuation partielle de l'épanchement sanguin. Guérison.

M. MAUCLAIRE. — Dans sa communication, M. Delorme a eu surtout en vue le traitement des hémothorax « très graves » et consécutifs à une plaie du poumon. C'est un cas de ce genre que je vais tout d'abord rapporter :

OBSERVATION. — L. C..., sergent de ville, âgé de trente ans, reçoit par accident, le 10 février 1902, à neuf heures du matin, pendant la théorie, une balle de revolver de gros calibre dans le côté droit de la poitrine, à une distance de 5 à 6 mètres et suivant une direction oblique de haut en bas et de droite à gauche. Il est transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais le professeur Duplay.

A l'examen du blessé, je constate l'existence d'une large plaie pénétrante du 4e espace intercostal droit, à 10 centimètres du milieu du sternum. La plaie est irrégulière ; les bords sont mâchonnés, ses dimensions sont d'environ 20 à 30 millimètres comme diamètre. Par cet orifice, l'air sort bruyamment et, à chaque expiration, on voit s'écouler un peu de sang rouge noirâtre. Il y a un pneumothorax dans le tiers supérieur de la poitrine ; les deux tiers inférieurs sont occupés par un hémothorax. Le sujet est en état de choc ; il est très pâle, il respire 25 à 30 fois par minute ; le pouls est petit, filant. Il y a de la tendance au refroidissement ; la température axillaire est de 36°5. Le blessé crache du sang. Le visage est couvert de sueurs. Il présente un point douloureux dans la région lombaire en arrière, et en avant au pourtour de l'ombilic.

Je fus très embarrassé au point de vue du traitement à instituer, car le malade était en état de choc traumatique évident. Je crus pouvoir attendre tout au moins quelques heures. La plaie fut désinfectée, un pansement thoracique un peu compressif fut appliqué, et le blessé fut maintenu au repos absolu. Injections de caféine, d'éther, d'ergotine et sérum artificiel.

Une injection de morphine fut pratiquée pour calmer la dyspnée. Tout fut préparé pour une intervention immédiate si l'urgence se présentait.

Je revins voir le malade quatre heures après. La dyspnée est plus marquée, le facies est cyanosé légèrement.

Ayant déjà vu plusieurs fois la ponction évacuatrice partielle calmer a dyspnée dans ces cas d'hémothorax au troisième ou quatrième jour après l'accident, je me décidai à faire une évacuation de 5 à 600 grammes de sang pleural. J'estime avoir laissé volontairement dans la plèvre encore un demi-litre de sang.

Cette évacuation soulagea immédiatement le blessé, et je restai quelque temps près de lui pour voir si l'hémothorax ne se reproduisait pas. Dans ce cas, j'aurais fait immédiatement un volet thoracique. Le lendemain, l'état était très amélioré. On fit au malade des injections

de sérum gélatiné. Je fis moi-même les premiers pansements pour éviter l'infection externe de l'épanchement sanguin.

L'amélioration persista les jours suivants; toutefois, un mois après, le blessé présentant une légère dyspnée, je fis une deuxième ponction et je retirai 1 litre de liquide séro-sanguinolent. La guérison survint sans suppuration de l'épanchement sanguin.

La radiographie montra que la balle avait suivi un trajet de haut en bas pour aller se placer devant la 1re ou la 2e lombaire, ayant traversé le diaphragme. Le poumon a repris sa position normale; on entend la respiration du haut en bas.

L'observation que je viens de rapporter rentre dans les cas « très graves » suivant la classification adoptée par M. Delorme. Je ne suis pas intervenu immédiatement, parce que le malade était en état de choc. Cinq heures après l'accident, je me suis contenté de faire une ponction évacuatrice, *véritable pis aller*, pouvant sans aucun doute donner lieu à une nouvelle hémorragie, en déplaçant le caillot hémostatique.

Mais si au moment de l'accident, ou bien si, cinq heures après, l'hémorragie pleuro-pulmonaire avait persisté, je n'aurais pas hésité à faire un volet thoracique pour aller directement pratiquer l'hémostase pulmonaire. Mais « dans l'état actuel de la technique opératoire pleuro-pulmonaire », je pense que l'hémostase directe de la plaie pulmonaire n'est applicable qu'aux cas excessivement graves, dans lesquels le blessé est en danger de mort immédiate par hémorragie.

Il ne faut pas tenir compte d'une façon absolue des statistiques globales; c'est ainsi que, dans un très intéressant article récent de Haim (1), le nombre des guérisons sans intervention des plaies pénétrantes de poitrine serait de 88 p. 100, en se basant sur une statistique de 49 cas observés à l'hôpital civil de Vienne, de 1895 à 1904.

Il faut envisager en particulier chacun des cas graves, ceux pour lesquels l'intervention pourrait être indiquée immédiatement. Or, dans la thèse de Chastenet de Géry (Paris, 1904), sur 11 cas d'intervention avec résection costale ou volet thoracique, on note 6 guérisons et 5 morts.

Personnellement, j'ai observé deux cas très graves d'hémothorax par plaie du poumon : l'un est celui que je viens de rapporter; dans l'autre, la malade est morte, malgré la ligature de la mammaire interne; elle est morte à la fois d'hémorragie interne et de son pneumothorax total. Les sept autres cas d'hémothorax très abondant ont guéri avec ou sans ponction secondaire. Plusieurs sont rapportés dans la thèse de Chastenet de Géry.

En résumé, pour les cas « très graves », la vie du malade étant en

(1) Haim. *Deutsche Zeit. f. Chirurg.*; Bd LXXIX.

danger du fait de l'hémorragie interne, il n'est pas douteux qu'il faut intervenir. Pour les « cas graves », je crois que dans l'état actuel de la technique opératoire de la chirurgie pulmonaire, l'intervention doit être exceptionnelle.

Les indications tirées de l'état général et de l'état local ne sont pas encore assez précises, et pour les cas douteux le chirurgien sera interventionniste ou temporisateur, suivant son tempérament.

M. Rochard. — Les plaies du poumon et surtout celles par coup de feu ont toujours eu un intérêt tristement particulier pour moi. Mon grand'père a eu en 1793, au siège de Dunkerque, le poumon perforé de part en part par la balle ronde d'un des fusils de l'époque. Il fut bien entendu traité par l'abstention, ce qui ne l'empêcha pas de subir plus tard l'amputation de la cuisse pour un coup de feu dans le genou et de mourir néanmoins à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

Mon père, à l'âge de soixante-six ans, reçut dans la poitrine une balle de revolver (calibre 7 millimètres) tirée par un fou échappé de l'asile de Ville-Evrard. Il put, vomissant le sang à pleine bouche, faire les 200 mètres qui le séparaient de son appartement. L'hémorragie par la bouche diminua rapidement d'importance, quoique quinze jours après je pusse constater encore des crachats hémoptoïques. Il n'y eut pas d'hémothorax à cause d'adhérences résultant d'une pleurésie antérieure et la guérison fut complète.

Ces deux exemples et bien d'autres sont en faveur de l'abstention, et jusqu'ici j'ai mis cette méthode en pratique. Je n'ai les observations que de 3 malades observés en 1906 dans mon service de Saint-Louis. Le premier n'eut qu'un léger hémothorax sans hémoptysie, à la suite d'un coup de couteau dans le 4e espace intercostal droit; il guérit rapidement.

Le second malade, atteint d'une plaie de poitrine par balle de revolver dans le 3e espace intercostal droit, présenta à son entrée un état très alarmant. Il était angoissé, avait une dyspnée très intense, était agité, les yeux hagards, son pouls était à peine perceptible. Il n'y avait pas d'hémoptysie et on put évaluer la quantité de sang épanché dans la plèvre à environ 500 grammes. Dès le lendemain ces symptômes alarmants avaient disparu, et douze jours après son entrée, le blessé, repris de justice, quitta subitement l'hôpital alors que son état ne donnait plus d'inquiétude.

La troisième observation peut être rangée dans les cas graves; la voici telle qu'elle m'a été remise par mon interne, M. Bodolec:

Plaie de poitrine par balle de revolver dans le 4e espace intercostal droit, à 4 centimètres du bord sternal. Hémoptysie. Hémothorax primitivement de

moyenne abondance. Réplétion progressive de la plèvre du huitième au douzième jour. Evacuation (liquide hématique odorant). Pleurésie purulente. Empyème. Guérison.

Ru... (Ezio), dix-huit ans, jeune Italien. Rien dans les antécédents. Névropathe. Un chagrin sentimental provoque une tentative de suicide au revolver, qui a lieu vers minuit le 25 novembre 1906. Immédiatement alité à son domicile, il est pris d'une *dyspnée violente* et d'une *hémoptysie* (dont la valeur est estimée par le blessé à un grand verre).

Ces accidents inquiétants provoquent son transport à l'hôpital vers trois heures du matin.

— *Entrée de la balle au niveau du 4e espace intercostal droit, à environ 4 centimètres du bord sternal. Petite plaie légèrement suintante de sang, Pas d'orifice de sortie de la balle.*

Le blessé est pâle, très agité; l'angoisse est extrême, la dyspnée très vive. Seule, la position assise est supportée. La voix est brève, entrecoupée. Une petite toux continuelle amène à la bouche quelques crachats sanglants. Pouls assez rapide. Tendance à la syncope.

La percussion et l'auscultation permettent de déceler tant une matité qu'une diminution respiratoire de la base droite, signes d'*un hémothorax qu'on peut évaluer de* 500 *grammes à* 1 *litre de sang.* Ni pneumothorax ni traumatopnée.

Pansement exclusif de la plaie après lavage à l'éther et à l'alcool. Bandage très serré. Morphine. Huile camphrée. Oxygène.

— *Le lendemain, le shock a disparu.* Durant les jours suivants, quelques crachats sanguinolents et une légère dyspnée due à l'hémothorax constaté le premier jour et qui est resté stationnaire. La température et le pouls sont normaux, mais le blessé est agité, nerveux, ne conservant pas le lit malgré nos conseils.

— *Vers le* 8e *jour l'état a tendance à se modifier. La respiration est plus gênée, la température est à* 38 *degrés, l'épanchement est légèrement grandissant. Cela s'accentue les jours suivants et un matin, le* 12e *jour, le tableau se trouve complètement modifié. Le blessé est asphyxique, avec cyanose et refroidissement des extrémités, petitesse et rapidité du pouls, dyspnée extrême.* Les signes physiques décèlent *une augmentation rapide de l'épanchement.*

La matité et la disparition du murmure vésiculaire remontent à l'épine de l'omoplate.

— La plèvre est immédiatement ponctionnée, et il s'écoule environ 1 litre et demi de liquide hématique, noirâtre, légèrement louche, odorant (ce qui fait pressentir la transformation purulente de l'épanchement).

— *Les accidents d'oppression cessent momentanément, la température restant à* 38-38,5, avec tendance à monter les jours suivants.

Du reste, la rémission est de peu de durée.

Epanchement et dyspnée réapparaissent bientôt, accompagnés cette fois de frissons et sueurs; *la température monte à* 40 *degrés.* Six jours après la ponction évacuatrice, l'on pratique une ponction exploratrice qui ramène du pus épais. Nous sommes *en présence d'une pleurésie purulente.* L'em-

pyème avec résection d'une partie de la 8e côte est immédiatement pratiqué.

Quinze jours après l'intervention, la température est complètement tombée, et après six semaines de pansements le malade quitte l'hôpital, guéri.

Tous ces faits plaideraient plutôt en faveur de l'abstention, mais le dernier malade dont je viens de relater l'observation m'a donné de telles inquiétudes et a couru de tels dangers que j'ai regretté de ne pas l'avoir opéré.

C'est pourquoi je suis de l'avis de M. Delorme quand il dit qu'en général le traitement expectant est le traitement de choix, mais qu'à côté de ce traitement de choix, il y a place pour une intervention d'exception s'adressant aux cas les plus sévères.

Je ne vois pas, comme lui, pourquoi une hémorragie pulmonaire échapperait aux grandes lois de la chirurgie et pourquoi, avec les moyens qu'on possède aujourd'hui, on n'irait pas aveugler une hémorragie du poumon après large ouverture de la cavité thoracique.

Que peut-on craindre en effet ? le pneumothorax ? Mais souvent il existe et pour certains chirurgiens il est même bienfaisant puisqu'en permettant au poumon de se rétracter, il tarit la source de l'hémorragie. Bien plus, on est frappé de ce fait, c'est qu'en luxant le poumon au dehors après l'avoir saisi avec des pinces à cadre, on voit la gêne respiratoire disparaître. Mon élève et ami de Martel, qui a passé sa thèse sur le *traitement opératoire des hémorragies immédiates consécutives aux plaies du poumon* et avec lequel j'ai beaucoup causé de ce sujet, me faisait remarquer qu'il était facile d'expliquer la suppression de cette gêne respiratoire par la traction opérée sur le poumon blessé. Le médiastin n'est pas en effet une cloison rigide; la pression atmosphérique, une fois le pneumothorax fait d'un côté, agit sur la cloison médiastine, la repousse du côté du poumon sain et gêne celui-ci dans son expansion. En attirant le poumon blessé au dehors, on attire aussi la cloison médiastine et on rétablit ainsi l'équilibre du côté du poumon respecté.

L'infection est-elle à craindre et est-ce une raison sérieuse en faveur de l'abstention? Je ne le pense pas. Il est bien certain que l'infection pleurale est la cause la plus fréquente des insuccès opératoires. Il en est ici comme dans les plaies du cœur ; mais avec cette différence considérable toutefois, c'est que dans les plaies du poumon, les minutes ne sont pas comptées, on peut prendre tout le temps nécessaire pour faire une opération tout à fait aseptique et qui aura pour but d'éviter souvent une infection ultérieure causée par les débris de vêtements entraînés par le projectile.

Aussi, suis-je convaincu qu'avec une bonne asepsie, une bonne technique opératoire et en ne drainant pas, on doit arriver à sauver des malades fatalement voués à la mort.

Ainsi que dans le traitement des plaies du cœur, je considère le drainage de la plèvre comme une cause d'infection et je conseille de refermer complètement la cavité thoracique, quitte à faire plus tard une ouverture postérieure s'il y a lieu.

Reste la difficulté de reconnaître et de fermer la ou les plaies du poumon qui saignent. Dans beaucoup d'opérations, en effet, la blessure située en arrière a échappé, n'a pas été suturée et le malade est mort. C'est pour cela qu'il ne faut pas craindre, comme le conseille Delorme, de faire un très large volet et ne pas hésiter, comme le recommande de Martel dans son travail, à luxer le poumon en dehors. Rien n'est alors plus facile que d'en faire l'examen complet et cela, comme je l'ai dit plus haut, sans le moindre inconvénient.

Une seule chose m'a toujours étonné, c'est qu'en suturant les deux plaies pulmonaires, antérieure et postérieure, on arrête l'hémorragie et que les gros vaisseaux sectionnés par le projectile dans l'intérieur même du parenchyme pulmonaire ne continuent pas à saigner dans les ramifications bronchiques y attenantes. Le fait est curieux, mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette manière de faire a jusqu'ici réussi et que dans aucune des observations publiées, après suture des plaies superficielles pulmonaires, on a vu l'hémorragie continuer par la bouche.

La grosse difficulté, comme on l'a dit, répété dans cette enceinte et ailleurs, est la décision de l'intervention.

M. Delorme a fait justement remarquer que les observations sont en général incomplètes. Ce fait est vrai, et il a essayé de grouper les signes qui permettraient d'agir en connaissance de cause.

Il est certain qu'on ne peut tirer grand parti des renseignements donnés par l'état général. Trop nombreux sont les exemples dans lesquels l'angoisse, l'anxiété respiratoire, la pâleur étaient extrêmes avec une lésion insignifiante du poumon. Bien mieux, je me souviens d'une malade de mon service qui s'était tiré un coup de revolver dans la région précordiale.

La dyspnée était extrême, le pouls imperceptible, irrégulier et rapide. Il existait de la pâleur de la face, des oreilles et des lèvres. Les pieds, les mains, le nez étaient glacés. Le murmure respiratoire était affaibli. Il n'y avait pas d'hémoptysie et elle fut bien près d'être opérée ; mais devant les signes locaux qui montraient une sonorité conservée, elle fut mise au repos absolu et à la morphine. Le lendemain, tous ces symptômes alarmants avaient

disparu et, en examinant la malade, je constatai que la balle avait contourné la poitrine sans y pénétrer et qu'elle était logée dans la paroi postérieure du creux de l'aisselle.

Ce sont donc les signes locaux et surtout, comme l'a dit M. Delorme, l'abondance de l'hémorragie par quelque point qu'elle se montre, qui doivent être pris en considération pour la décision de l'intervention.

Je souscris donc aux conclusions de ce chirurgien et avec d'autant plus de conviction que les succès opératoires ne pourront que s'améliorer avec l'expérience que donne un plus grand nombre d'interventions faites et la meilleure technique qui en découle.

Du reste, les succès opératoires vont déjà en augmentant. Mon ami M. de Martel vient de réunir dans sa thèse 42 cas dans lesquels on est intervenu, et il a relevé 28 guérisons et 14 morts, soit une mortalité de 33 p. 100. Si on réfléchit que cette statistique ne porte que sur des cas de la plus extrême gravité, que, par suite d'une technique défectueuse, 16 fois on a pratiqué le tamponnement sans pouvoir faire la suture, on peut en conclure que dans les plaies du poumon s'accompagnant d'hémorragie grave, l'intervention est supérieure à l'abstention.

M. Bazy. — Je ne retiendrai pas longtemps l'attention de la Société : il vous suffira d'avoir entendu le rapport de M. Delorme et les communications de MM. Quénu et Rochard. Je veux simplement apporter un fait de plaie du poumon par balle où la thérapeutique répond aux idées exprimées ici.

J'ai présenté au mois d'octobre dernier un malade auquel mon interne, aujourd'hui le Dr Sénéchal, avait pratiqué le 16 juin 1906, très judicieusement et très habilement, la thoracotomie pour arrêter une hémorragie déterminée par une plaie du poumon.

Il s'agissait bien ici non d'une plaie du cœur, mais d'une plaie du poumon, le siège de la plaie ne pouvant laisser de doute sur l'absence de plaie du cœur.

Voici du reste cette observation :

G..., vingt-deux ans, garçon coiffeur. Le 16 juin, à dix heures du matin, ce malade s'est tiré une balle de revolver (8 millimètres) dans le côté gauche de la poitrine. Il n'a pas perdu connaissance, mais a vomi son café au lait.

Amené à l'hôpital à onze heures.

A son entrée le malade est angoissé, légèrement dyspnéique. Le pouls est bon, bien frappé à 110. Facies pâle.

L'orifice d'entrée de la balle est dans le 3e espace intercostal gauche au-dessus du mamelon et à peu près sur cette ligne mamelonnaire. La plaie ne saigne pas et le blessé n'a que très peu saigné, car la chemise

est à peine tachée. M. Bazy voit le malade, fait nettoyer la plaie et ordonne une injection de 500 centimètres cubes de sérum. Pas de signes d'hémothorax.

A midi, le blessé se met à saigner par sa plaie; à chaque expiration s'échappe un jet de sang. Le pansement est traversé. Le pouls est à 130, plus petit, le malade beaucoup plus dyspnéique et angoissé. A la base gauche, on trouve une matité de 3 travers de doigt. On refait un pansement et une nouvelle injection de 500 centimètres cubes de sérum.

A midi trois quarts le blessé va très mal; il est extrêmement dyspnéique et s'agite considérablement; le pouls est à 140 et à peine comptable. Le pansement est encore souillé de sang et la matité à la base gauche a augmenté : elle est de 5 travers de doigt. On décide d'intervenir.

Opération à une heure un quart.

16 *juin* 1906. *Thoracotomie et suture de plaie du poumon gauche par balle de revolver* (copié du registre d'opérations).

Ce malade présentant une forte dyspnée, les signes d'hémothorax gauche augmentant d'intensité et le blessé saignant beaucoup par la plaie cutanée, on fait une incision parallèle aux côtes dans le 3e espace, au niveau de la plaie.

Après la section du grand pectoral, on voit que la plèvre est largement ouverte et qu'à chaque mouvement expiratoire il y a projection de sang qui vient de la profondeur. L'artère intercostale n'est pas atteinte. On décide alors de faire un large volet costal; pour cela on sectionne le grand pectoral, puis les 4e, 5e et 6e côtes et on récline le volet en dedans. La plèvre ouverte, il s'échappe un flot de sang. Après avoir vivement épongé le contenu pleural (environ trois quarts de litre de sang), on voit une large plaie de la face externe du poumon, près de la languette antérieure; celle-ci saigne également abondamment à sa base. On passe 3 fils de catgut assez profondément sur ces deux parties et on constate aussitôt l'arrêt de l'hémorragie. Nettoyage à fond de la cavité pleurale. On ne trouve pas la balle. Le péricarde exploré est intact. On met 2 gros drains à la partie inférieure et on referme rapidement la paroi en faisant quelques points sur les espaces intercostaux, puis sur le grand pectoral. Suture de la peau aux crins.

A la fin de l'opération, on fait une injection de 500 centimètres cubes de sérum dans la saphène interne.

Je passe sur les détails de l'observation après l'opération. Je dirai seulement que le malade fut rapidement soulagé, mais qu'il y a eu un peu d'infection de la plèvre. Le malade a très bien guéri et est sorti de l'hôpital le 2 septembre, complètement guéri.

L'abstention dans les plaies du poumon peut avoir des conséquences graves : j'ai eu à traiter l'an dernier, dans mon service, un malade atteint de plaie du poumon qui eut, malgré une antisepsie aussi rigoureuse que possible, une pleurésie suppurée et putride; toutefois, le malade a guéri.

Nous ne sommes pas en effet maîtres des conditions dans lesquelles la plaie s'est produite.

En somme, je crois que nous sommes tous d'accord pour pratiquer l'abstention dans les plaies du poumon, mais il faut que nous disions que nous pouvons rendre aux blessés un grand service en intervenant rapidement quand il y a des indications nettes et précises, comme dans le cas que je viens de citer, et les arracher à une mort certaine.

M. Demoulin. — J'ai été un peu surpris de voir, d'après les faits qui ont été rapportés ici, que nos jeunes collègues considèrent, comme pathognomonique d'un épanchement sanguin intra-péricardique, le bruit dit de rouet ou de roue de moulin.

Je veux simplement rappeler que le regretté Tillaux a, il y a bientôt trente ans, attiré l'attention sur un espace virtuel qui se trouve entre le péricarde et la face interne du poumon gauche, espace auquel il a donné le nom de cavité pneumo-péricardique.

Tillaux a montré que dans les plaies pénétrantes du thorax, avec blessure du poumon, un épanchement sanguin peut se faire dans cet espace, et que le brassage par les mouvements du cœur, de l'air et du liquide qu'il contient, donne lieu, quelquefois, au bruit de rouet ou de roue de moulin.

D'ailleurs notre collègue M. Reynier a remarquablement étudié ces faits dans sa thèse inaugurale, et je ne puis mieux faire que de lui laisser la parole, pour exposer, comme il convient, le sujet que je viens d'effleurer.

M. Paul Reynier. — Si j'avais demandé la parole, c'était pour répondre à mon ami Delorme, qui, relevant dans l'observation de M. Ombredanne un bruit de rouet perçu en avant du cœur, disait que ce bruit avait toujours été considéré comme symptomatique d'une lésion du péricarde, et qu'il ne savait pas qu'il eût été signalé dans les épanchements de la plèvre sans lésion du péricarde.

D'autre part, M. Quénu vient de nous rapporter un autre fait, où un bruit de moulin avait été perçu, à la suite d'une plaie de poitrine, sans qu'il y eût encore lésion du péricarde.

Or, M. Demoulin, que je remercie, vient de rappeler qu'en 1880, dans ma thèse inaugurale, j'ai étudié ces bruits hydroaériques qu'on entend à la suite des plaies de poitrine ; et j'ai en effet montré que si dans un grand nombre de cas, ainsi que l'avait dit Morel-Lavallée, ces bruits sont symptomatiques d'un épanchement de sang dans le péricarde, ils peuvent encore se produire

sans que le péricarde ait été lésé et sont alors dus à un épanchement hémoaérique dans la cavité pneumo-péricardique, cavité virtuelle qui se trouve entre le péricarde et cette lamelle du poumon qui s'avance en avant de lui.

J'ai fait même voir, ce qui vient à l'appui de ce que disait M. Quénu sur la nécessité d'examiner le malade en lui faisant changer de position, que dans le cas où l'épanchement est dans la cavité pneumo-péricardique, le bruit perceptible dans la position horizontale se modifie et même disparaît dans la position assise; ces changements ne se produiront pas dans l'épanchement péricardique.

J'ajouterai enfin que si tous nous sommes de l'avis de M. Delorme, d'intervenir en cas de symptômes graves, d'hémorragie grave, de cet état alarmant, qu'il est difficile de définir, dont on se rend compte en présence du malade, toutefois on ne saurait trop, avec M. Quénu, demander qu'on n'intervienne qu'après un examen attentif de son malade, en ayant relevé tous les symptômes; car on ne doit pas oublier que dans la très grande majorité des cas les plaies de poitrine guérissent bien sans intervention, et que celle-ci, si elle peut sauver quelques malades, n'en est pas moins dangereuse et, comme vient de le faire voir M. Quénu, peut aggraver le pronostic.

Enfin je terminerai en disant que je suis étonné de n'avoir entendu signaler par personne, et dans aucune observation l'emploi en cas d'hémorragie des hémostatiques puissants, qui sont à l'heure actuelle à notre disposition, tels que les injections de sérum gélatiné, les injections d'une solution d'adrénaline, le chlorure de sodium. J'ai encore dans mon service un jeune homme, qui était entré pour une contusion grave du rein avec hématurie importante. Autour de moi, obéissant à cette tendance actuelle à prendre facilement, quelquefois même trop facilement, le bistouri, on me poussait à intervenir, je ne jugeai pas cependant la situation si grave, et je me contentai de mettre de la glace, de faire une injection d'adrénaline qui diminua l'hématurie, et de prescrire des injections de sérum gélatiné. On les continua pendant huit jours; et à l'heure actuelle il est complètement guéri, et satisfait d'avoir échappé à une intervention, qui aurait pu se terminer par l'ablation du rein.

Qu'on se rappelle donc que nous avons à l'heure actuelle dans la thérapeutique, des agents hémostatiques, auxquels on doit avoir, en cas d'hémorragie, recours de suite, et qui vous donnent le temps de réfléchir à l'opération.

Occlusion intestinale bas située.

M. Beurnier. — J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie un fait qui me paraît se rapprocher beaucoup de celui que notre collègue Ricard a signalé dans la dernière séance.

A. M., cinquante-quatre ans, est envoyé à Saint-Louis de l'hôpital Claude-Bernard avec le diagnostic d'appendicite. Il arrive à onze heures du soir, et mon interne, M. Rabinovitch, l'examine de suite.

Le début de la maladie remonte à un mois environ ; cet homme a été pris à cette époque de douleurs vagues dans la fosse iliaque droite sans localisation précise; depuis quatre jours, il a des vomissements non stercoraux abondants avec absence de selles. Le facies est grippé; le malade est adynamique, répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Le pouls est à 140, la température rectale à 36°8.

Le ventre est absolument normal, plutôt exagérément plat. A la percussion, son normal dans les régions supérieures du ventre; matité légère dans les parties inférieures, matité mobile, se déplaçant avec le malade. Le clapotement, signe que nous ignorions, n'a pas été recherché. Quelques frottements pleuraux.

Mon interne, M. Rabinovitch, écarte avec raison le diagnostic d'appendicite et pense à une péritonite tuberculeuse aiguë.

Le lendemain matin, je vois le malade, et devant l'état général devenant de plus en plus grave, sans pouvoir préciser le diagnostic, je pense qu'il est indiqué de procéder à une intervention rapide.

A l'ouverture du ventre, on trouve un cancer sténosant de l'intestin grêle siégeant à 10 centimètres environ du cæcum. Pas de liquide dans le ventre; mais les anses grêles, au lieu d'être remplies de gaz et ballonnées, sont pleines d'une quantité très considérable de liquide. Il est presque certain que la recherche du clapotement aurait été suivie de succès. Iléo-sigmoïdectomie. Mort trente-six heures après l'opération, le malade nous étant malheureusement arrivé trop tard et dans un état général qui ne lui a pas permis de supporter le choc opératoire.

A l'examen histologique, fait dans le laboratoire de M. Dominici, la tumeur fut cataloguée: cancer primitif de l'iléon.

J'ai tenu à rapporter ce fait à plusieurs points de vue :

D'abord, il est une observation de plus de ventre plat avec occlusion intestinale;

En second lieu, il nous a été donné de constater que ce ventre plat coïncidait avec la présence d'une quantité considérable de

liquide dans l'intestin. Il est très probable que, si nous avions recherché le signe de clapotement, nous l'aurions trouvé dans ce cas ;

Enfin, ces phénomènes de ventre plat et de la présence de liquide intestinal abondant coïncidaient avec une occlusion siégeant sur la terminaison de l'intestin grêle.

Rapports.

Abouchement d'un uretère dans le rectum, par M. Auvray.

Rapport par M. PIERRE DELBET.

M. Auvray nous a adressé l'observation d'une urétéro-rectostomie qui, après des accidents très graves, s'est terminée par la guérison.

C'est au cours d'une hystérectomie abdominale pour salpingite très adhérente que l'uretère droit, pris pour une adhérence, fut sectionné.

M. Auvray nous dit que le rapprochement des deux bouts de l'uretère sectionné était impossible, que l'abouchement du bout supérieur dans la vessie était également irréalisable. Considérant à juste titre l'abouchement à la peau comme une solution déplorable, il résolut de faire la greffe intestinale. Le bout supérieur de l'uretère sectionné pouvait être amené sans tiraillement au contact de la portion terminale de l'S iliaque au niveau du promontoire; c'est en ce point qu'il fit l'anastomose. Voici comment il nous rapporte la technique qu'il a suivie :

« Je fis d'abord une petite incision sur la paroi de l'intestin et j'y introduisis l'uretère dont l'extrémité pénétrait dans la lumière du canal intestinal. Pour le passage des fils fixateurs, je me servis de la petite aiguille courbe à suture intestinale de Reverdin. Je m'arrangeai de façon que le fil de soie fine cheminât d'abord dans la paroi de l'uretère sans pénétrer autant que possible dans sa lumière. Je traversai ensuite la paroi de l'intestin dans toute son épaisseur. Je plaçai ainsi quatre fils aux quatre points opposés de la circonférence de l'uretère. Chacun d'eux comprenait dans son anse l'uretère et l'intestin. Je plaçai enfin au-dessus de ce premier plan de sutures isolées une suture en bourse de soutien et d'enfouissement. Le fil entourait l'uretère en passant dans la paroi intestinale; il fut modérément serré de façon à ne pas

effacer la lumière de l'uretère. Je terminai l'opération par un drainage pelvien. »

Pendant les premiers jours, tout alla bien ; les urines étaient expulsées par l'anus à des intervalles rapprochés. Mais au bout de quelques jours (M. Auvray ne nous a pas dit combien) survinrent des phénomènes d'infection si graves qu'on crut la malade perdue. Heureusement les accidents restèrent circonscrits ; il se forma une sorte de phlegmon urineux intrapéritonéal qui s'ouvrit par la cicatrice abdominale. Il s'établit une fistule urinaire qui se ferma spontanément en moins d'un mois.

Quand M. Auvray nous a envoyé son observation, la malade était opérée depuis quatorze mois. Elle n'avait présenté aucun signe d'infection rénale. Le rein n'avait jamais été douloureux, et la palpation n'avait jamais révélé d'augmentation de volume de cet organe.

Le rectum a fort bien supporté le contact des urines. Au début, les émissions par l'anus étaient fréquentes. Elles se sont espacées au point de se réduire à trois par jour. Mais la malade affirme que dans les derniers mois la quantité d'urine émise par le rectum a diminué.

« Y a-t-il là une simple illusion tenant à la diminution observée dans la fréquence des mictions rectales ou une diminution réelle de l'abondance de l'urine sécrétée par le rein greffé ; je ne saurais le dire », écrit M. Auvray.

Évidemment la question ne peut être tranchée, mais elle est d'importance, car il semble bien qu'à la suite de certaines greffes de l'uretère le rein puisse fondre en quelque sorte, disparaître physiologiquement, sans que rien révèle ce travail de régression dont nous ignorons le mécanisme et le processus.

La malade de M. Auvray a finalement guéri ; je le félicite de son succès qui me met très à l'aise pour critiquer sa technique. Il me permettra de lui dire que je ne suis pas surpris des accidents qui sont survenus.

M. Auvray a fait un premier plan de sutures dont les points traversaient toutes les tuniques de l'intestin. C'étaient des points perforants. Pour protéger cette première ligne, il comptait sur sa suture en bourse ; mais celle-ci ne pouvait donner qu'une sécurité illusoire, car, pour être efficace, il aurait fallu qu'elle fût serrée au point d'interrompre le passage de l'urine dans l'uretère. Cette suture en bourse peut être bonne quand on se sert d'un tube ou d'un bouton anastomotique, celui de Boari, celui de Chalot ou celui de Baldassari ; mais, sans armature intra-urétérale, elle est condamnée ou à étrangler l'uretère ou à ne pas agir.

J'ai eu l'occasion d'anastomoser quatre uretères dans l'intestin ;

je vous ai présenté les deux malades guéries, mais je ne vous ai jamais donné leurs observations détaillées : permettez-moi de le faire.

Ma première opération remonte à 1905. La malade, Angèle V..., était âgée de vingt-neuf ans, et je n'ai jamais pu savoir l'origine de sa fistule vésico-vaginale. On peut soupçonner une lésion d'origine syphilitique, mais sans l'affirmer. Voici ce que la malade nous a raconté.

Elle a été réglée à vingt ans seulement : les règles ont toujours été irrégulières et peu abondantes. Elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse couche. Elle a des maux de tête fréquents; elle a eu des maux de gorge, mais elle affirme n'avoir jamais eu d'éruption cutanée. On ne trouve chez elle aucune lésion qu'on puisse attribuer à la syphilis. Il y a quatre ans, elle a eu la fièvre typhoïde, mais ses troubles urinaires remontent à deux ans seulement. C'est alors que la malade a commencé à avoir de l'incontinence d'urine. Les mictions involontaires, d'abord rares, sont devenues plus fréquentes. Elles ne se produisaient au début que pendant la nuit. Dans la journée, la malade continuait à éprouver le besoin d'uriner et urinait normalement.

Puis, l'incontinence devint diurne. La malade déclare que tantôt elle ne pouvait résister au besoin d'uriner, et que tantôt l'urine s'écoulait sans qu'elle sentît le besoin. A ce moment, elle consulta un médecin, qui lui ordonna des douches et du sirop de Gibert. Ce traitement n'amena aucune amélioration.

Il y a un an, les urines devinrent troubles et parfois teintées de sang. La malade en perdait une certaine quantité, mais il semble qu'elle urinait encore par l'urètre.

En mai 1904, elle fut admise dans le service du professeur Guyon. Là, on constata la présence d'une fistule vésico-vaginale, et on l'opéra sans aucun bénéfice pour la malade.

En août 1904, elle entra à l'hôpital Laënnec. Le service était fait par notre collègue Auvray. Celui-ci tenta une réparation, mais le résultat de cette intervention fut nul. Il fit, le 6 décembre, une seconde tentative, qui n'eut pas plus de succès.

Sur ces entrefaites, je pris possession du service de Laënnec, où je trouvai la malade.

Toute la portion inférieure de l'urètre était détruite, et il ne restait plus de la vessie qu'un petit cul-de-sac, qui admettait tout juste la phalange unguéale de mon petit doigt.

Toute séparation par la voie vaginale me paraissant impossible, je résolus de greffer les deux uretères dans l'intestin.

Après quelques recherches cadavériques dont je vous parlerai

tout à l'heure, je résolus de faire l'abouchement dans la portion terminale de l'S iliaque un peu au-dessus du promontoire.

J'exécutai cette opération le 11 février 1905. Après laparotomie j'incisai le péritoine sur l'uretère droit au niveau du détroit supérieur et je prolongeai l'incision en haut et en bas dans la direction du canal. Je disséquai l'uretère; après l'avoir lié, je le sectionna au-dessus de la ligature dans le bas-fond pelvien. Puis décollant le bord interne de l'incision péritonéale jusqu'à la partie terminale de l'S iliaque, et faisant cheminer l'uretère sous le péritoine, je l'abouchai à la paroi antéro-latérale droite de l'intestin. Pour cela je fis une petite incision à la musculeuse de l'S iliaque, puis, attirant la muqueuse avec une pince, je la ponctionnai. J'introduisis une sonde urétérale n° 8 dans l'uretère et je la fis cheminer dans l'intestin, jusqu'à ce qu'un aide pût la saisir et l'attirer par l'anus. Je fis d'abord un premier plan de sutures comprenant la muqueuse seulement de l'intestin et à peu près toute la paroi de l'uretère. Puis ayant repoussé l'uretère vers la lumière de l'intestin de façon qu'entraînant la muqueuse il fît une sorte de papille très saillante, je fis un second plan de sutures comprenant seulement les couches externes de l'intestin et de l'uretère. L'anastomose ainsi établie, je fermai la petite incision du péritoine par un surjet de telle sorte que l'uretère était tout entier rétro-péritonéal.

Je répétai la même opération du côté gauche. L'uretère était beaucoup plus épais que du côté opposé et avait une lumière très élargie; il contenait de la boue d'apparence septique. Je pus y placer une sonde n° 16. La manœuvre de décollement du péritoine fut rendue plus laborieuse par la présence du méso iliaque. Je pus cependant exécuter l'anastomose rétro-péritonéale de telle sorte qu'en dehors des deux petites lignes de suture péritonéale placées de chaque côté du promontoire on ne voyait rien d'anormal dans l'abdomen. Je fermai complètement l'incision abdominale par une suture à trois plans et je terminai en fixant les deux sondes au pourtour de l'anus.

Dans les premiers jours, la température oscille entre 38 et 39. Le 16 février, je fais le pansement. L'abdomen est parfaitement souple et indolent. Il me paraît certain que la température doit être attribuée à une infection rénale. La sonde gauche laisse couler de l'urine en abondance, mais la droite en donne très peu. Comme ces sondes déterminent des épreintes anales, on les retire. Je fais prendre à la malade du képhir pour essayer d'aseptiser son intestin et du benzoate de soude pour essayer d'aseptiser ses reins.

Le 21 février, j'enlève les fils. La réunion de la paroi abdomi-

nale est parfaite. A partir de ce jour on fait un traitement par des injections d'huile grise.

La température tombe à 37 et reste normale jusqu'au 26. Ce jour-là elle monte à 40 et reste très élevée pendant quelques jours. Le rein droit est gros.

Du 25 mars au 19 avril, la température monte de nouveau et dans ses oscillations atteint et même dépasse 40 degrés.

Du 27 avril au 26 mai, nouvelle poussée fébrile. La température ne dépasse pas 39.

Voulant me rendre compte de la valeur des urines, j'ai fait établir un dispositif qui a été employé plusieurs fois et qui a fonctionné d'une manière satisfaisante. Il consistait à faire aller la malade à la selle sur un seau diaphragmé en quelque sorte par une forte toile, de manière à filtrer dès son émission le liquide qui répandait une odeur infecte.

Le 10 juin on recueille ainsi : 1.500 grammes de liquide contenant 5 gr. 100 d'urée au litre, soit 7 gr. 63 d'urée en vingt-quatre heures.

Du 21 au 28 juin, la malade a encore une poussée fébrile. La température monte à 40. Cette crise a été la dernière. Le 13 juillet on recueille les urines de la même façon et on arrive à peu près au même résultat, 1.500 grammes d'urine contenant 6 grammes d'urée et 5 gr. 50 de chlorures.

Je donne les diverses analyses qui ont été faites depuis. Elles me paraissent avoir une grande importance au point de vue de la fonction du rein après greffe de l'uretère.

18 juillet. 2.000 grammes d'urine.

Urée	9,928 par 24 heures
Acide urique	0,0638
Chlorures	11 gr. 60
Phosphates	0,471
Albumine	1 gr. 20

11 septembre. 1.450 grammes d'urine.

Urée	5 gr. 56 par 24 heures
Chlorures	7 gr. 39
Phosphates	2 gr. 28
Albumine	0 gr. 725

8 octobre. 2.500 grammes.

Urée	19 gr. 50 par 24 heures
Chlorures	17 gr. 50
Phosphates	0 gr. 975
Albumine	traces
Sucre	néant

La valeur de ces analyses n'est certainement que relative. Parmi les éléments qu'on y trouve, il est impossible de faire le départ entre ceux qui ont été éliminés par l'intestin et ceux qui provenaient du rein. Il est difficile de dire dans quelle mesure cette cause d'erreur peut tromper. On sait cependant que la muqueuse intestinale est une voie d'excrétion très médiocre.

En tout cas, ces analyses semblent prouver que le rein gauche (je ne parle pas du rein droit qui paraissait à peu près supprimé physiologiquement lors de l'opération), profondément atteint par une affection ascendante après la greffe, s'est amélioré.

L'infection rénale, qui a été très grave, a fini par disparaître. Il est intéressant de constater qu'un rein dont l'uretère est abouché dans l'intestin peut guérir d'une pyélite intense tout en conservant une valeur physiologique compatible non seulement avec l'existence, mais avec la santé.

En effet, à la fin de septembre 1905, la malade se portait très bien. Sa température était restée normale depuis trois mois. Elle avait engraissé. Elle ne prenait aucune précaution alimentaire, mangeait de tout et digérait très bien.

Son rectum qui s'était montré fort intolérant au début, avait fini par s'habituer à la présence de l'urine. Elle allait à la selle très régulièrement trois fois par jour, le matin, vers une heure de l'après-midi et le soir.

J'ai revu cette opérée en 1905. Sa santé continuait à être très satisfaisante. Elle était en état de travailler, de faire son métier de domestique, mais il lui était impossible de rester dans aucune place, et voici pourquoi. Dans le jour, le régime des selles était resté le même, mais, pendant la nuit, elle émettait souvent ses urines dans son lit, sans s'en apercevoir. Sa chambre ne tardait pas à répandre une odeur infecte, d'où son renvoi.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles. Elle continue à bien se porter, mais, en raison de son incontinence nocturne, elle a beaucoup de peine à gagner sa vie. Elle cherche à entrer à l'asile de Nanterre.

Ma seconde observation est plus complexe. La malade, Marie B..., âgée de trente-cinq ans, a eu plusieurs bronchites, et, pendant le dernier hiver de 1905 à 1906, elle a craché du sang rouge.

En mai 1906, elle a subi à Nanterre une hystérectomie pour salpingite, dit-elle. Immédiatement après l'opération, l'urine se mit à couler par le vagin. Cependant une certaine quantité restait dans la vessie, et était expulsée par des mictions volontaires.

Au mois d'août, la malade entre dans mon service de l'hôpital Laënnec, où j'étais suppléé par mon élève et ami Veau.

Le 1er septembre, Veau fait une tentative de réparation de la fistule. Cette tentative échoua.

Quand je repris le service le 15 septembre, Veau me déclara que depuis son opération la malade avait une fistule vésico-vaginale plus grande, et qu'en outre il s'était produit une fistule recto-vaginale. Il expliquait ce résultat par la récidive à marche rapide d'un cancer.

Quelques jours après j'examinai la malade et je trouvai un vagin si déformé qu'il était impossible d'y rien reconnaître. Il restait environ un centimètre et demi d'uretère, mais au delà ce n'étaient que cicatrices irrégulières. Au milieu de ces cicatrices, la communication entre la vessie et le vagin était si large qu'on ne les distinguait plus l'un de l'autre. Rien cependant ne pouvait faire penser à l'existence d'un cancer.

Quant à la fistule intestinale, je ne pus la trouver. La malade et les infirmières avaient beau dire qu'il passait des matières fécales par le vagin, j'en doutais malgré des examens répétés. Un jour, cependant, je trouvai un débris alimentaire incontestable dans le fond de ce cloaque. Mais il restait impossible de trouver le siège exact de la fistule. Je priai Luys de la chercher avec son cystoscope au milieu des anfractuosités ; il lui fut également impossible de trouver l'orifice.

Il était important de savoir quelle était la partie de l'intestin mise en communication avec le vagin. J'injectai par le rectum du lait, des liquides colorés ; jamais je ne pus en faire refluer une seule goutte par le vagin. J'en conclus que la fistule siégeait ou sur l'intestin grêle ou sur une partie très élevée du gros intestin.

Comme il n'y avait évidemment d'autre ressource pour supprimer l'écoulement d'urine que d'anastomoser les uretères dans l'intestin, j'espérais que la dérivation urinaire se ferait au-dessous de la fistule et que cette dernière deviendrait grâce à cela beaucoup plus facile à guérir.

Je fis la double anastomose urétéro-intestinale le 24 octobre 1906. Cette opération fut faite en présence de M. Auguste Reverdin.

L'abdomen ouvert, j'allai d'abord à la recherche de l'uretère droit. J'incisai le péritoine de la paroi abdominale postérieure tout juste sur lui. Mais il était si profondément modifié que je ne le reconnus pas tout d'abord. Il avait le volume du petit doigt et la consistance d'une artère. Il était en outre extrêmement adhérent. Comme la dissection était très laborieuse que son extrême épaississement le rendait presque rigide, je résolus de l'anastomoser au plus près, c'est-à-dire dans la partie inférieure du côlon ascendant, tout près du cæcum. Je fis cette anastomose dans la partie postérieure, adhérente du côlon, en faisant passer l'uretère der-

rière le péritoine. Je fis la suture comme dans le cas précédent avec cette seule différence que je n'usai pas de sonde.

Je passai alors à l'uretère gauche, que j'anastomosai dans la partie terminale de l'S iliaque comme dans le cas précédent, mais sans sonde.

J'insiste sur ce fait que les deux uretères étaient extrêmement épaissis : en même temps leur canal était élargi, et la muqueuse présentait des signes non douteux d'inflammation très vive. Lorsque je les sectionnai, il s'en écoula un liquide boueux d'apparence très septique.

Les suites opératoires furent très simples. Pendant trois jours la malade fut apyrétique. Puis la température monta à 38 degrés et présenta quelques oscillations identiques à celles qui existaient avant l'opération.

Les fils de la paroi abdominale furent enlevés le 2 novembre. La réunion était parfaite.

A partir du 5 novembre, bien qu'il n'y eût pas d'antécédents très nets, je fis faire à la malade des injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Il fallut les cesser le 11 novembre. L'intestin de la malade, déjà irrité par la présence de l'urine, réagit vivement. Il se produisit des douleurs et des selles sanglantes.

La fistule intestino-vésicale persistait et donnait passage à une certaine quantité d'urine et de matières fécales.

Le 20 novembre, la malade se plaignit de douleurs dans l'hypocondre droit. La palpation permit de reconnaître que l'uretère était douloureux; on sentait en outre le long de son trajet une ligne d'induration et le rein paraissait un peu volumineux. La température présentait des oscillations dont le maximum atteignit 38°5. Ces phénomènes allèrent en s'amendant. Le 22 décembre, la température revint à la normale. L'état général s'étant remonté, je tentai de fermer la fistule qui laissait toujours passer une certaine quantité d'urine mêlée de matières fécales par le vagin.

Par l'examen vaginal, il restait impossible de trouver le siège exact de la fistule. Ainsi je résolus de faire une taille hypogastrique. Je croyais que la vessie étant ouverte par la voie haute, je verrais facilement l'orifice de la fistule, et que la vessie étant fonctionnellement supprimée, il me serait très facile de la fermer.

Il en fut tout autrement. J'ouvris la vessie par la voie sus-pubienne, je saisis les bords de l'incision que j'avais faite à sa paroi postéro-supérieure, j'étalai largement ce qui en restait; il n'y avait aucun orifice fistuleux. En arrière, au-dessous de la ligne cicatricielle irrégulière qui unissait la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale, existait une sorte de diverticule où je pouvais engager mon doigt. Il me sembla que la fistule devait être

au fond de ce diverticule. Je débridai sans arriver à rien voir. J'essayai d'aviver et de suturer le pourtour du diverticule, mais je ne pus rien faire de bon. Je fermai la vessie, puis la paroi abdominale. La malade supporta parfaitement l'opération, mais le résultat en fut absolument nul et je n'en éprouvai aucune surprise.

Le 11 mars, je fis une nouvelle tentative pour oblitérer cette fistule par le vagin. Il me fut aussi impossible qu'antérieurement de voir l'orifice même de la fistule. Il est certainement situé au fond du diverticule étroit et profond dont j'ai parlé. C'est l'orifice de ce diverticule que je suturai et non la fistule elle-même.

Le résultat de cette intervention fut d'abord satisfaisant. Mais au bout de quelque temps, sans grande réaction, il se fit une ouverture à la partie inférieure de la cicatrice abdominale qui donna passage au même mélange de matières fécales et d'urine.

Je vous ai présenté cette malade il y a quelque temps. Son état actuel n'est pas très satisfaisant. Elle a de temps en temps des élévations de température, qui sont dues et à l'infection du rein droit et à l'état de ses poumons; vous vous rappelez qu'elle avait eu antérieurement des bronchites répétées et des hémoptysies. Elle a au-dessus du pubis une fistulette qui donne de temps en temps passage à une petite quantité d'urine salie par des matières fécales. Enfin son gros intestin ne s'est pas habitué au contact de l'urine, il est resté intolérant. La malade est obligée d'aller sur le bassin une vingtaine de fois dans la journée et une dizaine de fois pendant la nuit.

En somme, le résultat est beaucoup moins satisfaisant dans ce second cas que dans le premier.

Je ne me livrerai pas à de bien longues considérations sur ces anastomoses urétéro-intestinales. Il est évident que les indications en sont rares et qu'on ne peut les considérer que comme un pis aller.

Ce qu'on leur a reproché surtout, c'est d'exposer à des infections ascendantes de l'uretère et du rein. Ce reproche est certainement justifié, mais il faudrait savoir si les affections pour lesquelles on pratique ces anastomoses n'exposent pas presque autant aux accidents infectieux.

Je laisse de côté les exstrophies de la vessie qui mériteraient des considérations tout à fait spéciales. Ces cas exceptés, on ne peut être conduit à faire la greffe urétéro-intestinale que lorsqu'il est impossible de rétablir autrement le cours et la continence des urines. C'est lorsque la vessie a été détruite ou bien lorsque la partie inférieure de l'uretère a été réséquée ou altérée de telle façon qu'il est impossible de faire une urétéro-cystostomie.

Eh bien, lorsqu'il existe une fistule urétérale s'ouvrant soit dans le vagin, soit à la peau, que devient l'uretère?

J'ai été très frappé de trouver dans les deux cas que je viens de vous rapporter les quatre uretères profondément altérés, manifestement infectés.

Outre ces quatre greffes urétéro-intestinales, j'ai fait deux urétéro-cystostomies. Dans ces deux cas, il y avait des fistules urétéro-vaginales et dans ces deux cas les uretères étaient également épaissis et incontestablement enflammés.

Par ces faits, je serai conduit à conclure que l'infection ascendante de l'uretère se produit toutes les fois que ce canal s'ouvre anormalement et aussi à me demander si l'abouchement dans l'intestin le met dans des conditions beaucoup plus défavorables que l'abouchement anormal préexistant qui commande l'opération.

Dans tous mes cas l'uretère était infecté avant la greffe. Peut-on dire que l'infection s'est aggravée du fait de l'opération? Ce n'est pas certain, mais c'est possible. Ma première malade a présenté après l'opération des signes de pyélite plus graves que ceux qu'elle avait eus antérieurement et qui ne se seraient peut-être pas produits. Mais, et c'est là un point important sur lequel il me paraît légitime d'insister, elle a triomphé de cette infection. Malgré ma greffe urétéro-sigmoïdienne, son rein s'est nettoyé, il a repris une fonction à peu près normale, ainsi que le prouvent les analyses d'urine que je vous ai rapportées.

Sans nier le danger d'infection ascendante à la suite des greffes de l'uretère dans l'intestin, il me semble qu'il ne faut pas les exagérer.

Peut-on éviter cette infection en transplantant non seulement l'uretère mais la portion de la vessie où il s'abouche? On sait qu'on a soutenu qu'il y a là une sorte de sphincter capable de protéger l'uretère.

En dehors de l'exstrophie, la transplantation du bas-fond de la vessie n'est possible que dans les cas où l'intervention est commandée par des fistules vésico-vaginales absolument irréparables, ce qui est fort rare.

Même dans ces cas, l'opération est-elle possible? Je me le suis naturellement demandé pour mes deux malades, et j'ai étudié la question sur le cadavre.

Dégager la dernière portion de l'urètre de la gaine hypogastrique est une chose assez délicate. Elle est cependant possible, même lorsque l'utérus est en place. Il suffit de sectionner la base du ligament large. Elle n'expose d'ailleurs à aucun danger; le pis qui puisse arriver, c'est qu'on soit obligé de lier l'artère utérine, ce qui n'aurait pas d'inconvénient sérieux.

Mais voici ce que j'ai constaté et qui m'a fait renoncer à l'entreprise. Lorsqu'on a sectionné la vessie de manière à en laisser une collerette attenante à l'uretère, et qu'on a dégagé ce dernier pour l'amener au contact du rectum, il est beaucoup trop long; il décrit dans le fond du bassin des sinuosités telles qu'il m'a paru presque impossible qu'il ne se forme pas au niveau de l'une d'elles une coudure capable d'oblitérer la lumière du canal.

J'avais fait ces recherches avant ma première opération. Ce que j'ai constaté depuis ne m'a pas fait regretter qu'elle fût difficilement réalisable.

En effet, chez mes deux malades, les quatre uretères s'ouvraient encore dans la vessie. Or, ces quatre uretères étaient profondément infectés. Faut-il en conclure que l'appareil sphinctérien avait été détruit, ou que cet appareil n'a pas l'importance que certains lui ont attribuée? Il est difficile de le dire avec certitude. Mais la fréquence des infections ascendantes de l'uretère me fait pencher vers la dernière interprétation.

On a discuté ici à plusieurs reprises le fonctionnement des diverses urétérostomies, urétéro-pyélostomies, urétéro-cystostomies, etc..... Je ne veux pas reprendre ici cette question dans son ensemble. Il paraît certain que dans quelques cas le rein s'est peu à peu atrophié et a pour ainsi dire physiologiquement disparu d'une manière tout à fait insidieuse. Il y aurait eu là quelque chose d'analogue à la castration sous-albuginée. Il est possible que les choses se sont passées ainsi dans le cas de M. Auvray. Mais si ces faits existent, il n'en faut pas conclure qu'une urétérostomie bien faite est incapable de fonctionner.

Mes deux faits le prouvent. Voilà en effet deux malades qui ont leurs deux uretères anastomosés dans l'intestin, et elles vivent sans accidents urémiques l'une depuis deux ans et quatre mois, l'autre depuis huit mois; et chez la première les analyses d'urine, faites grâce à l'artifice que je vous ai signalé, ont montré que le fonctionnement du rein après avoir été un moment profondément troublé par l'infection, s'est régularisé au point de devenir à peu près satisfaisant.

Mon ami Guinard nous a présenté une malade qui a la même valeur probante à ce point de vue. Elle n'a qu'un uretère anastomosé dans l'intestin, mais son autre rein ne sécrète rien. Elle n'émet pas une goutte d'urine par la vessie. Or, il y a plus de sept ans qu'elle a été opérée.

Permettez-moi, en terminant, d'ajouter quelques mots sur la technique des anastomoses urétéro-intestinales.

Tout le monde reconnaît que la greffe intestinale doit être faite

dans le gros intestin. En quel point du gros intestin? Ceci n'a peut-être pas une très grosse importance. Je me borne à dire qu'au point de vue de la commodité opératoire, le lieu d'élection m'a parut être la terminaison de l'S iliaque, c'est-à-dire la région du gros intestin située au niveau ou un peu au-dessus du promontoire.

Il y a un point sur lequel je voudrais insister, c'est l'avantage qu'il me paraît y avoir à faire la greffe en arrière, c'est-à-dire en dehors du péritoine. Ce n'est pas pour qu'en cas d'échec de la suture les accidents soient moins graves, c'est parce que les chances de succès me paraissent considérablement augmentées.

Quand on a affaire à deux organes revêtus de péritoine, il est hors de doute que les meilleures conditions de réunion sont fournies par l'adossement séro-séreux. Mais ici cet adossement est irréalisable puisque l'uretère n'a pas d'enveloppe séreuse. Or l'adossement d'une surface séreuse avec du tissu cellulaire est loin d'être dans des conditions aussi favorables. Il me semble que les conditions sont bien préférables quand on entoure la suture de tissu cellulaire. Le point suturé contracte des adhérences rapides avec les tissus voisins et ceux-ci par la diapédèse, par la formation de nouveaux vaisseaux, prennent une part importante à la réparation.

Chez mes deux malades, j'ai greffé les quatre uretères sous le péritoine et mes malades n'ont présenté aucun accident opératoire.

Les sutures n'ont pas présenté de grandes difficultés : elles étaient rendues faciles par la distension et l'hypertrophie du canal. La technique que j'ai employée a consisté à faire deux plans dans les conditions que je vous ai dites.

La paroi musculaire de l'intestin incisée, j'attire avec une pince la muqueuse au travers de la boutonnière musculaire et je lui fais une très petite ouverture. Je suture cet orifice muqueux à l'extrémité de l'uretère. Du côté de l'intestin, je prends la muqueuse seule ; du côté de l'uretère, je m'applique plutôt à ne pas la prendre ; c'est-à-dire que mon aiguille et mon fil traversent la paroi urétérale en pénétrant en dehors et au ras de la muqueuse. Ce premier rang de sutures est fait à points séparés.

Le bout de l'uretère étant fixé à la muqueuse, je le repousse vers la lumière de l'intestin de manière qu'il y forme une sorte de saillie papillaire.

Je fais alors un second plan de sutures qui unit la face externe de l'intestin à la face externe de l'uretère par des points non perforants. Par suite de l'invagination de l'uretère dans l'intestin, ce second plan de sutures est situé sur l'uretère à une certaine distance du premier, un centimètre environ, de telle sorte que l'adossement utile se fait sur une notable étendue. Cette technique me

paraît présenter de réelles garanties de succès. Je crois qu'il est tout à fait inutile de placer une sonde à demeure.

Je conclus, Messieurs, en vous proposant d'adresser nos remerciments à M. Auvray pour son intéressante observation.

Communication.

Pseudarthrose du radius. Enchevillement et greffe périostique empruntée au tibia. Guérison (1).

par M. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Le nommé D... (Baptiste), âgé de trente-six ans, domestique au Mans, m'est adressé par le Dr Chatellier, du Mans, pour une fracture du radius gauche qui ne s'est pas consolidée.

L'accident remonte aux premiers jours de décembre 1906. Après l'accident, le Dr Chatellier a pratiqué la réduction et appliqué un appareil plâtré. Tout se passe normalement, le gonflement cesse rapidement et des massages sont commencés dès le dixième jour. Malgré ces soins la consolidation ne se fait pas. On prescrit de l'iodure de potassium au malade et on applique un appareil plâtré inamovible. Un mois après même état, pas la moindre consolidation.

Dans les commémoratifs et les antécédents du malade on ne trouve rien, sinon que ce malade s'est fait une fracture de l'extrémité inférieure du même radius il y a trois ans, fracture qui n'a pas été réduite et dont on trouve la trace. En outre, dans ce premier accident le malade s'est fait une contusion grave du coude du même côté et a conservé une certaine roideur de cette articulation.

A son entrée à la clinique, je ne trouve rien à signaler dans l'état général du malade. Il est bien constitué, nie énergiquement tout antécédent syphilitique, et de fait on ne peut relever aucun stigmate. En revanche, l'extrémité inférieure de son radius droit est déformée et présente la déformation classique de la fracture de l'extrémité inférieure de cet os. Les mouvements du poignet sont bien conservés. Le coude du même côté présente de la roideur articulaire; la flexion se fait à peu près bien, mais l'extension est limitée. Au niveau du tiers inférieur de l'os on trouve la

(1) No 7054 de la statistique générale.

pseudarthrose. Le malade ne peut plus faire les mouvements de pronation ni de supination. Le fragment supérieur s'est rapproché du cubitus, de sorte que le bras est déformé, présentant un angle rentrant très appréciable. La réduction de cette extrémité osseuse déplacée ne peut être maintenue.

Le malade réclame une intervention avec insistance. Il craint de perdre sa place et surtout de rester infirme. J'acquiesce à son désir et fixe l'opération au lendemain.

Opération. — Le 23 mars 1907, sont présents les Drs Chatellier, Pitot, Meyer et Lelong. Le malade est endormi au chloroforme, je fais une petite incision de 5 à 6 centimètres au niveau de la pseudarthrose et sur la face dorsale du radius. Je découvre et isole les deux extrémités osseuses, les rugine et ouvre leur canal médullaire. La réduction se fait facilement, mais elle est difficile à maintenir, de sorte qu'une suture osseuse est indispensable. A la suture, je préfère l'application d'une cheville dans le canal médullaire pour ne pas diminuer encore la vitalité déjà compromise de l'os. Comme cheville, j'emploie un simple clou dont j'ai sectionné la tête. Ce clou placé, la réduction est parfaite et se maintient bien malgré une légère inclinaison des fragments vers le cubitus. C'est alors que je procède à la greffe périostique.

Sur la face interne du tibia gauche, vers la partie médiane, je fais une incision cutanée de 7 centimètres de long, je découvre le périoste, puis taille un lambeau ostéopériostique long de 5 centimètres et large de 1 centimètre. Je prend ce lambeau avec un bon ciseau et le maillet en prenant bien soin que le périoste soit partout doublé d'une légère couche osseuse qui lui donne la consistance d'une feuille de carton. Ce lambeau est de suite transporté dans la plaie de la fracture, et placé en virole autour des deux extrémités osseuses. Ce lambeau périostique se maintient très bien seul en place, de sorte qu'il est absolument inutile de le fixer. La plaie est alors suturée avec des crins de Florence et l'avant-bras placé dans un appareil plâtré. La plaie du tibia est suturée à son tour et l'opération est terminée.

Suites opératoires. — Les suites sont des plus simples, les deux petites plaies sont guéries au bout de dix jours. A ce moment on commence à faire au malade quelques séances de massage très léger tous les deux jours surtout pour éviter les roideurs articulaires du coude déjà compromis. Pendant la convalescence, le Dr Leuillieux fait tous les dix ou quinze jours une radiographie pour se rendre compte de la formation du cal. Au bout de vingt-six jours, la consolidation est parfaite et complète. Quelques jours plus tard le malade reprend son service de domestique, absolument guéri. Il lui reste encore, bien entendu, un peu

de roideur du coude et une déformation de son extrémité inférieure du radius qui existaient avant son dernier accident.

Radiographie. — Cette radiographie, que je dois à l'obligeance du Dr Leuillieux, a été prise le 6 juin, c'est-à-dire environ 6 semaines après l'opération. Le cal y est très visible, il s'est développé en virole plus épaisse en dedans. Enfin on voit dans le canal médullaire le clou qui y a été introduit. Ce corps étranger ne cause au malade aucune gêne. Je suis du reste très tranquille pour l'avenir de ce malade, car ce *procédé du clou* me donne depuis de longues années d'excellents résultats, sans que j'aie eu jamais à déplorer le moindre accident ni pu constater la moindre gêne chez mes opérés.

Présentations de malades.

Extirpation par la bouche d'un ganglion tuberculeux sous-maxillaire.

M. H. Morestin. — Depuis plusieurs années je ne cesse de préconiser les incisions dissimulées ; plus ma pratique s'étend, plus s'affermit ma confiance dans l'avenir de la chirurgie esthétique. Nous pouvons, dans un grand nombre de circonstances, en s'adressant il est vrai à des procédés un peu plus délicats et laborieux que ceux couramment utilisés, éviter aux jeunes filles toute trace apparente de nos interventions.

En particulier, malgré les craintes que l'on peut avoir au sujet de la septicité du milieu buccal, je pense qu'il peut être avantageux de passer par la bouche pour traiter une foule de lésions développées dans le voisinage de cette cavité, et notamment celles qui occupent la région sous-maxillaire.

Le cas que voici en est un exemple ; à l'aide d'une incision pratiquée dans le vestibule de la bouche, j'ai pu extraire un assez volumineux ganglion tuberculeux développé dans la région sus-hyoïdienne latérale droite, et les suites de cette intervention ont été si favorables qu'au neuvième jour je vous présente l'opérée complètement guérie.

Cette jeune fille est entrée le 11 juin dans mon service à la maison Dubois. D'une santé assez délicate, elle s'enrhume facilement et maigrit beaucoup depuis quelques mois. L'auscultation révèle en outre quelques craquements au sommet gauche.

Il y a un an, on a constaté dans la région sous-maxillaire droite la petite tumeur dont la malade nous demande de la débarrasser.

Cette tumeur est située au-dessous de l'angle de la mâchoire, elle soulève légèrement les téguments, d'ailleurs intacts ; elle paraît arrondie, mobile, grosse comme une noix ; l'indolence est complète.

Du côté de la bouche, plusieurs dents sont gâtées, dont une avec petite fistule gingivale au niveau de la mâchoire supérieure. Il est certain que ces altérations dentaires ont pu favoriser la pénétration des bacilles, ou par une infection secondaire en hâter l'évolution. A la grande rigueur il est encore possible qu'il s'agisse d'une adénopathie chronique simple, mais en tenant compte de la fréquence des adénopathes bacillaires, des bronchites répétées, de la faible santé de cette jeune fille et de l'amaigrissement progressif, le diagnostic de bacillose ganglionnaire est trop vraisemblable pour être longtemps discuté. La lésion étant isolée, la tumeur mobile, je pensai pouvoir en pratiquer l'extirpation, en incisant la muqueuse génienne au voisinage du sillon gingivo-génien et en pénétrant par cette voie jusque dans la région sous-maxillaire.

Pendant plusieurs jours, on commença à préparer la malade, par des lavages buccaux à l'eau oxygénée et des brossages des dents répétés trois ou quatre fois par jour.

Le 17 juin, l'opération eut lieu après nettoyage soigneux de la bouche, et en particulier nettoyage à l'éther des dents et de la muqueuse génienne du côté corespondant à la lésion. Je pratiquai sur la muqueuse, presque au niveau du cul-de-sac gingivo-génien, une incision de cinq à six centimètres. Avec les ciseaux je libérai les parties molles, cheminant contre la face externe du maxillaire inférieur. Un écarteur maintenait la bouche ouverte ; deux fils de soie passés dans le bord droit de la langue permettaient de la récliner vers la gauche ; une petite compresse logée entre les dents supérieures et la joue recueillait la salive du canal de Sténon.

Coupant de proche en proche avec les ciseaux, reconnaissant de temps à autre avec l'index droit introduit dans la plaie et constatant sans cesse avec la main gauche placée extérieurement le travail effectué, je dépassai le bord inférieur du maxillaire, et entrai dans la loge sous-maxillaire.

Refoulant avec la main gauche la tumeur vers la bouche je pus, avec l'index droit glissé dans la plaie achever de la mobiliser et de rompre ses derniers liens, et la ramener enfin par la bouche.

Je tamponnai ensuite pendant quelques minutes pour arrêter l'hémorragie en nappe. Quand ce suintement sanguin eut à peu près cessé, je suturai avec de la soie très fine la plaie du sillon gingivo-génien, laissai dans ce sillon une mèche de gaze iodoformée, et finalement appliquai un bandage doucement compressif.

Avant d'appliquer ce pansement, j'avais eu soin, d'ailleurs, d'extirper les débris de la deuxième petite molaire supérieure qui entretenait une fistule gingivale.

Les suites ont été d'une simplicité idéale ; je n'ai eu ni ennui ni inquiétude; il ne s'est produit ni élévation de température, ni réaction, ni inflammation locale. La malade a été alimentée dès le deuxième jour avec du lait. On n'a pas fait de grands lavages, la bouche a été seulement nettoyée avec des tampons montés sur des pinces, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, et la mèche iodoformée changée chaque matin. La réunion primitive a été obtenue; les fils ont été retirés avant-hier, 24 juin ; la guérison est aujourd'hui complète et l'opérée doit, ce soir même, regagner sa maison.

Le résultat est, en somme, aussi satisfaisant que possible; la guérison a été obtenue dans le minimum de temps et dans des conditions idéales, puisqu'il ne reste aucune trace de l'acte opératoire.

Rupture traumatique sous-cutanée des artères de la jambe. Gangrène consécutive. Amputation. Guérison.

M. F. Legueu. — Je vous présente un malade qui a subi dans mon service l'amputation de jambe au lieu d'élection pour une gangrène consécutive à un traumatisme indirect du pied.

Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été résumée par mon interne M. Clément.

B... (Sylvain), trente-six ans, employé au chemin de fer, entre à l'hôpital Tenon, le 9 décembre 1906. Son histoire est la suivante :

Le lundi 3 décembre 1906, au soir, cet homme, employé de chemin de fer, en décrochant deux wagons en marche, se prend la pointe du pied gauche dans un aiguillage et tombe sur la voie. Les wagons arrivent, sa jambe va être broyée; alors étendu à plat ventre contre terre, le bout du pied gauche tendu et pris dans l'aiguillage, il fait un effort désespéré et retire son pied si violemment que le soulier cède sur la région du cou-de-pied et reste dans les rails; à ce moment même, au point de rupture de la chaussure, il ressent une douleur très vive.

Le blessé est conduit immédiatement à Cochin, dans le service de M. Quénu où on constate dès le début des phénomènes de pâleur, d'insensibilité qui font penser à une lésion artérielle. Il n'y avait aucune plaie sur la région traumatisée. On plaça un pansement ouaté. Le malade voulut rentrer chez lui.

Mais dans la nuit, le pied du blessé devient froid et blanc, il est le siège de douleurs lancinantes en pointes d'aiguilles; le malade ne sent

plus ses orteils; plusieurs fois, il essaie de les réchauffer en les prenant entre ses mains.

Le mardi 4, au matin, le malade revient à Cochin, dans le service du Dr Quénu.

Le pied livide, violacé et froid, les fourmillements persistent malgré l'emploi de bouillottes pour le réchauffer.

Le lendemain 5, le pied est complètement froid; en même temps s'est établie l'insensibilité de l'avant-pied, tant dorsal que palmaire.

Le malade entre à l'hôpital Tenon le 9.

La face dorsale du pied est froide, livide, bleuâtre, couverte de phlyctènes et œdématiée.

Au niveau des malléoles et du mollet, on note des ecchymoses.

La sensibilité du pied est abolie; l'anesthésie remonte jusqu'aux malléoles; la sensibilité de la jambe est conservée.

Il s'agit d'une gangrène; les antécédents du malade étant muets (il n'y a ni syphilis, ni maladies infectieuses, ni artériosclérose; les urines ne renferment pas de sucre et d'albumine), il est logique d'admettre un sphacèle par rupture artérielle traumatique.

Les jours suivants, la gangrène se confirme et s'étend, des plaques de sphacèle se constituent sur la face dorsale du pied; les orteils sont insensibles. Le gonflement, un gonflement bleuâtre, s'étend à la partie inférieure de la jambe. Il y a de la fièvre, 38°5 et 39 degrés le soir. L'amputation ne peut plus être différée.

L'opération a lieu le 13 décembre. Amputation au lieu d'élection par la méthode circulaire, pratiquée par mon interne M. Clément.

Les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière donnent peu de sang.

Suture des muscles, suture incomplète de la peau et drainage.

Après l'opération, il s'est produit un sphacèle de la partie antérieure du lambeau, ayant nécessité l'enlèvement des sutures; l'escarre s'est limitée; le tibia qui apparaissait dans la plaie a été réséqué sur une longueur de 2 centimètres et la plaie est actuellement presque complètement cicatrisée.

Voici l'examen de la pièce, tel qu'il m'a été remis par mon chef de laboratoire, M. Verliac.

Il y a une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, fracture sans déplacement à la base de la malléole.

L'*artère tibiale antérieure* est rompue au niveau du ligament annulaire antérieur au cou-de-pied ainsi que ses deux veines. Les deux bouts de l'artère, éloignés d'environ 1 cent. 5, sont oblitérés. Au niveau de la rupture, hématome peu considérable communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne, dont la capsule est rompue à ce niveau.

L'*artère tibiale postérieure* est oblitérée au tiers inférieur de la jambe sur une longueur de 6 centimètres par un caillot adhérent. Cette partie de l'artère présente au microscope les lésions suivantes :

Tunique externe : est à peu près normale ; en quelques points, elle présente une infiltration cellulaire peu abondante.

Tunique moyenne : est peu altérée dans sa partie la plus externe où on note seulement un peu d'épaississement du tissu conjonctif; par contre, la couche élastique est très altérée; sur toutes les coupes colorées à l'orcéine, elle se montre discontinue, ses fibres sectionnées ont fait défaut sur une assez grande étendue; ailleurs, elles sont granuleuses.

De plus, en quelques points, la couche externe de la tunique moyenne existe seule, limitant une sorte de substance étendue que comble un caillot. A ce niveau les débris de la tunique moyenne et de la tunique interne forment un véritable lambeau n'adhérant plus que par places au reste de la paroi et englobé sur ses deux faces dans le caillot qui, d'une part, remplit la lumière artérielle, de l'autre s'insinue à la partie externe de cette sorte de lambeau, au contact de la partie restante de la tunique moyenne.

Quant à la tunique interne, elle est absolument irrégulière et par places considérablement épaissie.

Le caillot récent qui obstrue le vaisseau n'est formé que de globules rouges et de fibrine ; en de nombreux points, il adhère intimement à la tunique interne de l'artère.

Les veines tibiales postérieures ne présentent aucune lésion.

En résumé : déchirures de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne, probablement responsables de la thrombose artérielle, mais sur *un vaisseau qui présente un léger degré d'artérite chronique.*

En somme, ce malade a présenté, associées sur ses artères, les différents types de lésions que l'on trouve en général isolées dans ces cas; il a eu la rupture totale de la tibiale antérieure, la rupture partielle et la thrombose de la tibiale postérieure. Ces lésions étaient tout à fait indépendantes de la fracture, et dues à l'effort considérable qui a amené l'élongation et l'arrachement de l'artère ainsi que la rupture de l'articulation.

Bien que l'individu fût jeune, les tuniques artérielles n'étaient pas tout à fait normales, et il n'est même pas impossible que les lésions aient remonté plus haut sur la jambe, ce qui expliquerait le sphacèle dans une partie du lambeau.

Lithiase biliaire.

M. Dujarier. — Lithiase biliaire; opération de Kehr. — M. Terrier, rapporteur.

M. Riche. — Diastasis péronéo-tibial, ablation de l'astragale et enchevillement.

M. Schwartz, rapporteur.

Présentation d'instrument.

M. Villemin. — C'est un peu hésitant que je viens vous présenter un appareil à chloroforme. Les inventions de ce genre actuellement sont légion, et il vous sera facile de me demander pourquoi j'ai cru devoir en ajouter à la liste déjà copieuse de celles qui existent.

Je ne prétends point vous montrer un appareil à dosages scientifiquement rigoureux, ce qui ne paraît pas absolument indispensable dans l'expérience physiologique qu'est une anesthésie chez l'homme, expérience qui est sous la dépendance de l'âge, du poids du sujet, des susceptibilités individuelles, bien plus que sous celle de la température, de la tension des vapeurs du chloroforme ou de la proportion des mélanges. J'ai cherché à faire peu encombrant, solide, indéréglable, tout en mettant entre les mains du chloroformisateur un appareil très élastique dans la distribution du toxique.

Il en est un excellent, c'est celui de notre collègue Ricard. Je m'en sers tous les jours depuis qu'il existe et comme tous ceux qui en font usage, je m'en trouve très satisfait. Pour en corriger certains légers défauts, bien minces d'ailleurs, j'ai été amené à faire construire cet appareil-ci.

Les petites imperfections du Ricard ont trait à :

1° L'indépendance du masque et du flacon que le malade, s'il n'est solidement maintenu, envoie fréquemment rouler par terre d'un revers de main appliqué sur le long tube en caoutchouc; la nécessité de poser sur une table spéciale le récipient à chloroforme.

2° Le mode de mélange d'air et de chloroforme qui est obtenu par un carburateur à léchage ; sous l'influence du courant d'air, les parties les plus volatiles du chloroforme s'évaporent les premières, les moins volatiles restent pour la fin de l'anesthésie.

3° La soupape d'expiration s'oxyde assez vite sous l'influence de l'anesthésique et de la vapeur d'eau provenant de l'expiration. Au bout d'un certain temps, elle fonctionne moins bien : elle colle ou bien elle ne retombe pas sur son siège.

4° Lorsque le sujet est en décubitus latéral, cette même soupape reste immobile et le fonctionnement de tout l'appareil se trouve entravé.

5° Le masque s'applique parfois inégalement sur la face, permet des rentrées d'air à la racine du nez, au niveau du menton, etc.

6° Enfin le réglage par l'abaissement du plateau et l'ouverture des quatre trous ne permet au chloroformisateur d'apprécier la dose d'anesthésique employé que d'une façon empirique et surtout non visible.

L'appareil que je vous présente, ou plutôt la maquette à l'état brut du futur appareil, remédie, dans la mesure du possible, à ces petites défectuosités.

1° Le récipient spécial à chloroforme est supprimé; l'ensemble forme un bloc d'une seule pièce, assez léger, que nous nous efforcerons de faire encore moins volumineux, et qui peut très facilement être tenu d'une seule main.

2° L'appareil est un carburateur à pulvérisation.

3° Les soupapes sont inoxydables, inaltérables au chloroforme ou à la vapeur d'eau ; elles ne collent jamais.

4° On peut utiliser l'appareil dans toutes les positions.

5° Le masque s'applique à la face sur une large étendue et se modèle sur les saillies et les dépressions.

6° Le débit du chloroforme se fait goutte à goutte et fournit à volonté depuis deux gouttes jusqu'à soixante à la minute.

Voici de quelle manière ces résultats sont obtenus.

Il suffit de renverser l'appareil sur n'importe quel flacon de chloroforme (ils sont en général de 30 grammes) pour que, sans transvasement de liquide, tout soit prêt à fonctionner.

A l'extrémité supérieure, un bouchon perforé s'enfonce dans le flacon qu'il ferme; il suffit alors de renverser le tout, le goulot en bas. Un tube creux métallique communiquant avec l'extérieur permet à la pression atmosphérique de se rétablir au-dessus du chloroforme au fur et à mesure de sa consommation.

Au-dessous est un robinet pointeau muni d'un pas de vis à filets très rapprochés et d'une petite manette prolongée par une aiguille indicatrice se déplaçant devant un demi-cercle gradué. Par l'expé-

rience on détermine une fois pour toutes combien il tombe de gouttes de chloroforme à la minute en face de chacune des graduations.

Puis vient l'orifice de chute du liquide, le compte-gouttes calibré à 3 millimètres de diamètre extérieur, de manière que 56 gouttes correspondent à 1 gramme de chloroforme. Les gouttes se détachent régulièrement, mais avec une rapidité variable suivant l'ouverture du robinet et tombent du plafond de la chambre à mélange. Celle-ci est perforée en haut d'une série de trous pour l'entrée de l'air pur.

La goutte tombe sur un dôme hémisphérique, où elle s'étale immédiatement sur toute la surface et se vaporise presque instantanément. Comme la chambre de mélange a des parois en verre, le chloroformisateur voit la chute des gouttes successives avec la plus grande facilité. Dans le bas de la chambre est une rigole circulaire destinée à recueillir le chloroforme non vaporisé, si par inattention il venait à couler en trop grande abondance, pour éviter qu'il tombe sur le visage du sujet.

Sous le dôme, qui est d'une similitude complète avec le carburateur à pulvérisation des moteurs à essence, est la soupape d'admission ou d'inspiration. Elle est constituée par une simple bille en moelle de sureau, légère (elle pèse 0 gr. 06 centigr.), inoxydable, inaltérable, libre dans un tube de verre, reposant sur un petit triangle métallique dans la position normale de l'appareil, soulevée par l'air expiré jusqu'à un orifice circulaire qu'elle obture, de manière à empêcher le retour de l'air vicié dans la chambre de vaporisation.

Puis vient le masque à bourrelet en caoutchouc creux comme celui de Vernon-Harcourt et celui de Walther, et sur son collier la soupape d'expiration avec bille de liège ou de sureau semblable à la précédente.

Un dispositif comme celui de Vernon-Harcourt et de Calvet permet d'interchanger le haut de l'appareil avec la soupape d'expiration ou réciproquement, pour obtenir le fonctionnement, soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus latéral. Le chloroformisateur est libre d'orienter la soupape d'expiration du côté qui lui plaît et d'éviter ainsi les bouffées désagréables d'air expiré saturé de chloroforme qu'il est forcé de respirer au-dessus de la plupart des autres appareils.

Tous les appareils à chloroforme ont leurs défauts : le Roth-Dræger, son encombrement, sa dépense en oxygène; le Vernon-Harcourt, l'impossibilité fréquente d'obtenir une anesthésie complète; le Reynier-Dupont, le fonctionnement de la trompe et la nécessité de plonger l'appareil dans l'eau froide quand la tempé-

rature du chloroforme s'élève; le Monprofit-Royer, la complication d'un saturateur qu'il faut enlever en cours d'anesthésie. Celui-ci n'en est pas exempt. Je m'attends aux objections de M. Reynier: l'appareil a des soupapes; il n'a pas de thermomètre, ne tient pas compte de la température et par suite de la tension variable des vapeurs de chloroforme. La question de la température est bien moins importante avec un appareil stilligoutte et un carburateur à pulvérisation qu'avec un grand récipient où l'air se sature en léchant la surface du liquide. Il n'y a pas de crochet pour attacher une montre à secondes, compter le nombre des respirations du sujet et proportionner la dose de chloroforme à la quantité d'air lorsque la ventilation pulmonaire dépasse huit litres par minute.

Comme beaucoup de mes collègues, j'estime que le rôle du chloroformiste ne consiste pas uniquement à ouvrir un robinet et à se tenir pour satisfait, sans s'occuper de son malade, se fiant au dosage mathématique que doit donner l'appareil idéal. Il me paraît aussi simple de suivre les phases de l'anesthésie sur le patient que de compter à la fois les mouvements respiratoires et les battements d'une montre à secondes.

Les appareils qui seront construits suivant ce modèle primitif seront nickelés; le dôme où s'étale le chloroforme sera platiné; les diverses pièces mobiles seront vissées. L'ensemble sera encore plus réduit de hauteur et de poids. Le cadran qui, sur ce modèle, est divisé en grades, portera une double graduation parallèle; l'une indiquant le nombre de gouttes qui tombent à la minute, l'autre la quantité de chloroforme dans cent litres d'air, par exemple 45 gouttes ou 10 p. 100, 35 gouttes ou 8 p. 100, 26 gouttes ou 6 p. 100, 18 gouttes ou 4 p. 100, 13 gouttes ou 3 p. 100, etc.

Présentations de pièces.

Mort par la scopolamine.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, il y a dans ce plateau un cœur normal et un poumon gauche dont le lobe inférieur présente une coloration ardoisée avec un peu d'induration, lésion ancienne d'une interprétation difficile. En réalité, je n'ai pas de pièces à vous présenter. J'ai employé un artifice pour obtenir la parole: j'ai apporté ce cœur et ce poumon pour pouvoir vous dire sans tarder que j'ai perdu deux malades par la scopolamine. Chacun

d'eux avait reçu en injection sous-cutanée 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine une heure avant la chloroformisation. Tous les deux sont morts de la même manière et dans des conditions particulières, qui diffèrent si nettement à mon avis de ce qu'on observe dans les accidents dus au chloroforme seul, que je n'hésite pas à attribuer ces morts à la scopolamine. C'est pour cela, Messieurs, que j'ai cru de mon devoir de vous les communiquer le plus tôt possible.

La malade à qui ont appartenu ces organes avait un cancer de l'utérus, un cancer cylindrique du canal cervical. Je lui ai fait une hystérectomie abdomino-vaginale avec le premier temps vaginal. L'opération avait été longue, laborieuse, mais n'avait présenté aucun accident qui put faire redouter une mort immédiate.

L'opération était terminée. Je me lavais les mains quand on me dit que la malade respirait mal. Je me précipitai, et constatai, qu'en effet, la respiration était très lente, très superficielle, presque nulle. Je mis la main sur l'artère fémorale, elle battait. En général, avec le chloroforme pur, lorsque le cœur continue à battre au moment où la respiration s'arrête, le danger n'est pas grand. Il n'en est malheureusement pas de même avec la scopolamine.

La pupille était en mydriase incomplète, comme elle est d'ordinaire chez les malades scopolaminés. Et cette action sur la pupille, c'est l'un des griefs que j'ai contre la scopolamine. Elle empêche de se servir des phénomènes pupillaires pour suivre les progrès de l'action du chloroforme, et rien, à mon avis, ni le pouls, ni la respiration ne peuvent fournir au chloroformisateur des renseignements aussi précis ni aussi précieux.

Je fis faire de la respiration artificielle. Au bout d'un moment, la malade se remit à respirer. Elle respirait comme respirent les scopolaminés, c'est-à-dire d'une respiration lente et superficielle, dix fois par minute environ, mais cependant d'une façon assez satisfaisante pour que je crus le danger conjuré.

On mit la malade sur un brancard, et on allait l'emporter pour laisser la place à une autre déjà endormie, quand on vint me dire que la respiration s'arrêtait de nouveau. Je fis replacer la malade sur la table d'opération, et on recommença aussitôt la respiration artificielle.

Au bout de quelques instants, la respiration spontanée se rétablit : le cœur battait toujours. Mais bientôt la respiration devenait de plus en plus lente et superficielle.

Ces accidents, M. Monod, qui m'écoute, les reconnaît. Il nous les a décrits ici avec émotion. Sa description m'a impressionné, elle m'a empêché, pendant plusieurs mois, d'employer la

scopolamine. Et puis d'autres ont chanté ses louanges avec enthousiasme. Et, je ne sais par quel prodige, bien qu'on ait en en Allemagne publié des accidents, bien que les avantages de la scopolamine, même s'ils sont réels, soient, en somme, d'ordre très secondaire, cette substance redoutable est avantageusement connue du grand public. Les malades eux-mêmes la réclament. Je me suis laissé aller à l'employer et, je le regrette.

M. Monod a vu ces mêmes accidents : il a passé par les mêmes émotions que moi, mais il a sauvé sa malade. Je n'ai pas été aussi heureux.

Cinq fois la respiration spontanée s'est rétablie après la respiration artificielle. Puis elle s'est arrêtée une sixième fois ; le cœur a cessé de battre, et, malgré tout ce que nous avons pu faire, il a été impossible de ranimer la malade.

Messieurs, ces accidents progressifs qui commencent à la fin de l'opération, qui deviennent de plus en plus graves après qu'on a cessé de donner le chloroforme, sont tout à fait spéciaux. On ne les observe pas lorsqu'on emploie le chloroforme seul, et cela, sans doute, parce qu'à chaque respiration artificielle ou spontanée le malade élimine une partie des vapeurs chloroformiques et se désintoxique. A mon avis, ils sont dus au poison qui ne s'élimine pas par les voies respiratoires, à la scopolamine.

Mon autre malade a succombé avec les mêmes symptômes. Il avait un cancer de la joue adhérant au maxillaire supérieur. Je lui avais enlevé d'un bloc la tumeur, la masse ganglionnaire et le corps du maxillaire. J'avais fait d'abord la ligature de la carotide externe (je dis carotide externe et non carotide primitive) entre la thyroïdienne et la linguale. L'opération avait marché de façon à me causer cette satisfaction intime et profonde que vous connaissez bien, qui est une des plus grandes joies de notre métier de chirurgien ; je m'en réjouissais pleinement, quand un médecin présent, le D[r] Kahil, fit remarquer que le malade respirait mal. En effet, il respirait très mal. Il restait quelques points de suture à faire ; par la plaie, je voyais les battements du corps thyroïde augmentés sans doute par la ligature de la carotide externe. Le cœur se contractait donc énergiquement. Aussi je crus pouvoir, bien à tort, calmer les inquiétudes de notre confrère. Quelques instants plus tard, la respiration s'arrêtait. On fit la respiration artificielle et le malade recommença à respirer. Je passe sur les détails : ils sont indescriptibles. Pendant une heure et demie, le malheureux ne fut ni mort, ni vivant. Au bout de ce temps, ayant perdu tout espoir, je fis cesser la respiration artificielle et je me mis en devoir de terminer la suture par décence. Or, voilà que les points de suture se mirent à saigner, à saigner très manifeste-

ment, et du sang rouge. L'espérance me revint, je fis recommencer la respiration artificielle, j'injectai de l'éther, etc. ; tout fut inutile.

Je sais qu'on a dit que la scopolamine était contre-indiquée dans les opérations sur la face, parce qu'il fallait que le malade puisse cracher. Le chloroforme avait été donné avec le Roth-Dræger et mon appareil sus-laryngé. J'affirme qu'il n'avait pas pénétré une goutte de sang dans le larynx. Quand les accidents sont survenus, la muqueuse buccale était suturée, la bouche était close et le bruit qu'on entend, lorsque se fait la respiration artificielle, permet d'affirmer que le larynx et la trachée étaient libres.

Permettez-moi, Messieurs, de vous le répéter encore une fois : les arrêts successifs, répétés de la respiration, après qu'on a cessé l'administration du chloroforme, avec le cœur qui continue à battre, me paraissent être le fait de la scopolamine. Et on les a observés une autre fois dans mon service, sur une jeune femme que j'avais opérée d'appendicite à froid. L'opération avait été d'une extrême simplicité, une cueillette d'appendice. Vers midi et demi, la malade cessa de respirer. Un de mes internes fit des tractions de la langue, quelques mouvements respiratoires, et la malade se rétablit.

Mercredi dernier, je parlais à notre collègue Delagenière de ces cas. Il m'a dit, en m'autorisant à le répéter, qu'il a failli perdre une jeune femme dans des conditions analogues. Il avait fait une hystérectomie pour une salpingite : l'opération avait été facile et rapide. Elle était terminée, quand la respiration s'arrêta. Il fallut faire de la respiration artificielle, non pas naturellement d'une manière continue, mais à d'innombrables reprises pendant quarante-huit heures.

Notre collègue Pierre Duval vient de me dire qu'il a vu un malade scopolaminé mourir quelques minutes après la terminaison de l'opération.

Pour moi, j'ai employé la scopolanime une soixantaine de fois (tout cela sera publié avec plus de détail), j'ai vu trois accidents, dont deux mortels. Dans ces deux cas, il s'agissait d'opérations longues et laborieuses, mais j'ai la conviction profonde, en raison surtout de la nature et de l'évolution des accidents, que si ces malades n'avaient pas été scopolaminés, ils ne seraient pas morts.

Je ne prétends pas, cela va sans dire, que la proportion de deux morts sur soixante cas soit la règle, mais je dis que ces faits, celui de Delagenière, celui de Pierre Duval, d'autres qui ont été publiés, d'autres encore peut-être qui ne l'ont pas été, prouvent que la scopolamine est une substance terriblement dangereuse. Comme

parmi ses avantages, il n'y en a certainement aucun qui puisse être mis en parallèle avec ses dangers, tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de reconnaître les cas où elle est inoffensive de ceux où elle tue, je me garderai bien de l'employer.

M. Chaput. — Ce que vient de dire M. Delbet ne m'étonne pas ; la scopolamine est une substance très active et, partant, dangereuse. Je l'ai employée à la dose de 1 milligramme et de un demi-milligramme et j'ai constaté plusieurs fois des phénomènes alarmants d'ailleurs vite dissipés. Je me suis contenté de la dose de un quart de milligramme tant pour les anesthésies générales que lombaires, et à cette dose la scopolamine, sur 200 cas environ, ne m'a donné que des satisfactions.

Je crois donc que nous ferons bien de renoncer aux doses, élevées, selon moi, de 1 milligramme et même de un demi-milligramme.

M. Pierre Delbet. — Avec la dose d'un milligramme, j'ai vu des malades qui n'avaient pas la moindre envie de dormir. Avec un quart de milligramme, on n'aura peut-être pas d'accidents, mais on n'obtiendra, dans la grande majorité des cas, si peu d'effet qu'il vaudrait autant ne rien injecter.

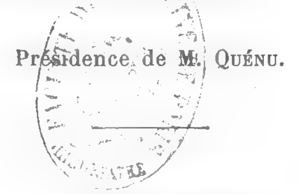
Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

1°. — Un mémoire de M. le Dr ROUVILLOIS, agrégé du Val-de-Grâce, sur *les traumatismes du poignet*.

M. DEMOULIN, rapporteur.

2°. — Un mémoire de M. le Dr JEANNE (de Rouen), sur *la rétraction cicatricielle de la cavité de l'estomac*.

M. TUFFIER, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des plaies pénétrantes du poumon.

M. TUFFIER. — Messieurs, la question étudiée par M. Delorme porte sur l'intervention immédiate dans les plaies du poumon et montre bien les perplexités auxquelles nous sommes en proie en face d'une de ces plaies avec hémorragie sévère. Je me range dans l'appréciation de cette intervention à l'avis de MM. Nélaton et Quénu, qui ont bien montré toutes les difficultés du diagnostic et l'exception des indications opératoires. La difficulté du diagnostic tient à ce que les premiers symptômes qui suivent une plaie pénétrante de poitrine sont presque toujours graves et simulent une hémorragie interne, mais ils disparaissent assez rapidement; et c'est précisément à cet instant même où les signes de choc obscurcissent facilement ceux d'une hémorragie qu'il faudrait pouvoir intervenir. J'ai en effet relevé tous les cas de plaies pénétrantes de poitrine que j'ai pu retrouver depuis que je suis chargé d'un service de chirurgie; tous les malades qui ne sont pas morts dans les trente-six premières heures ont guéri, avec ou sans thoracotomie secondaire. Je suis donc en droit de dire que c'est dans les premières heures que le danger est menaçant et l'intervention nécessaire.

Je verse au débat deux observations, l'une qui appartient à M. Guibal, de Béziers, et l'autre qui m'est personnelle. La première montre que dans ces cas graves au début, les lésions sont souvent au-dessus de nos moyens d'action ; l'autre est favorable à l'intervention malgré son insuccès tardif.

« *Plaie de poitrine par balle de revolver. Thoracotomie. Plaie du hile du poumon gauche. Mort*, par M. P. GUIBAL (de Béziers).

« Le 10 janvier 1904, j'étais appelé en hâte, à 9 heures du matin, auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années qui s'était tiré quelques minutes auparavant un coup de revolver dans la poitrine. J'y cours aussitôt. Le blessé, qui était tombé à terre sans connaissance, venait d'être mis sur son lit tout habillé. Je le trouve inondé de sang, inerte, respirant à peine. Je vais au pouls, qui est à peine perceptible et très rapide, incomptable. Je pratique de suite plusieurs injections d'éther, de caféine et d'huile camphrée. Puis je le fais déshabiller en le remuant le moins possible, et je constate une plaie large, qui aurait admis la pointe du petit doigt, située à un centimètre en dessus du mamelon gauche et à son niveau. Il s'en écoule de façon presque

continue un petit filet de sang noir. Je le fais asseoir pour rechercher en arrière l'orifice de sortie, mais un effort de toux fait jaillir par la plaie un jet de sang de la grosseur du doigt qui gicle jusqu'au pied du lit. Sa tête pend inerte. Je renonce à l'asseoir et je fais tourner le blessé sur le côté droit : il sort alors par la bouche et le nez un flot de sang énorme, impressionnant. Je constate un orifice de sortie plus petit que l'orifice d'entrée, vers le bord interne de l'angle de l'omoplate gauche, dont les bords sont accolés et ne laissent passer aucun suintement sanguin. Je remets le blessé sur le dos pour éviter un nouvel écoulement de sang par la bouche ou par la plaie, si pénible pour l'entourage, et je constate tous les signes de l'hémopneumothorax. L'hémithorax gauche est complètement immobile. La matité à la base s'élève jusqu'au sommet de l'aisselle et occupe en avant l'espace de Traube ; elle atteint le mamelon. Au-dessus il y a de la sonorité tympanique avec tintement métallique à l'auscultation. A gauche, silence respiratoire absolu ; à droite, respiration superficielle et rapide ; poumon et plèvre droits semblent intacts.

« Le choc de la pointe du cœur est impossible à trouver. La matité du cœur se confond avec celle de l'épanchement pleural gauche. Les battements du cœur sont à peine perceptibles ; son rythme régulier a disparu et est remplacé par un roulement sourd ; le cœur semble refoulé à droite, car ce roulement ne s'entend qu'en arrière du sternum et pas du tout à la gauche de ce dernier.

« Je n'ai pas eu le courage d'examiner la poitrine en arrière pour la raison que j'ai dite plus haut.

« J'ajouterai que l'ensemble du blessé était terrifiant : peau couverte d'une sueur froide, lèvres décolorées, pâleur extrême des téguments, mains et pieds glacés. Le pouls s'était un peu relevé sous l'influence des excitants, mais il restait au-dessus de 130 et très faible ; la dyspnée était grande. Le blessé avait repris un peu connaissance, j'évitai de le faire parler, mais je lui demandai de me montrer comment il avait tiré : il me montra par son geste qu'il avait tenu le revolver à pleine main droite, appuyant le canon sur la poitrine et le dirigeant en haut et en dedans (pour ne pas manquer le cœur évidemment, car c'était un homme cultivé) ; enfin, pour réussir son coup et pour que l'arme ne déviât pas, il avait pressé la détente avec le pouce. Le revolver était puissant, du calibre 7.

« Pendant cet examen le blessé était sorti du coma, il s'agitait, se retournait, essayait de s'asseoir, et chaque mouvement s'accompaguait d'un violent jet de sang par la plaie d'entrée ou d'un rejet abondant par la bouche ou les narines.

« Il n'était pas douteux que le poumon était touché, que de grosses bronches (pneumothorax total) et que de fins vaisseaux (vaste hémothorax) étaient atteints. On pouvait aussi penser, en raison du siège de l'orifice d'entrée et de la direction donnée au canon de l'arme, qu'une plaie du cœur était possible. Les signes physiques du côté de la poitrine, disparition du choc de la pointe, assourdissement et disparition du rythme des bruits du cœur, tendaient plutôt à fortifier cette supposition.

« L'indication d'opérer ne me parut pas douteuse. Un gros vaisseau saignait, donnant lieu à une hémorragie formidable, il fallait l'obturer. Comme il me fallait une grosse heure pour faire les préparatifs indispensables : aménagement de la salle d'opération, préparation et aseptisation du matériel opératoire, mobilisation des aides, etc., j'utilisai ce temps pour remonter l'état du blessé à l'aide d'injections excitantes et par une copieuse injection sous-cutanée de sérum.

« Dix heures et demie, c'est-à-dire une heure trois quarts après l'accident, l'opération commençait. Depuis ma première visite l'état du blessé s'était manifestement aggravé. Il y avait eu plusieurs hémoptysies abondantes ; le sang avait traversé l'abondant pansement aseptique que j'avais mis sur l'orifice d'entrée; le pouls était misérable; le blessé était sans connaissance.

« Un aide continua l'injection sous-cutanée de sérum et je fis préparer le pli du coude droit en vue d'y enfoncer une aiguille dans la céphalique pour faire l'injection intraveineuse de sérum aussitôt après que la source de l'hémorragie serait tarie. Quelques gouttes de chloroforme suffirent pour l'anesthésie.

« Je taille rapidement un volet carré à charnière externe : incision horizontale sur le 2e espace, longe d'abord la peau, puis les tissus intercostaux et la plèvre, coupure de dix centimètres ; incision analogue sur le 5e espace, incision verticale à un travers de doigt du bord sternal, intéressant d'abord la peau, puis, aux ciseaux, les 5e, 4e, 3e cartilages. Le volet est rabattu en dehors après fracture successive de chacune des trois côtes au niveau de la charnière externe. L'orifice d'entrée est coupé par l'incision horizontale inférieure, il est donc sur le 5e espace.

« L'hémithorax est rempli de sang fluide; la quantité est énorme; je n'ose dire un chiffre pour l'apprécier. J'en évacue une grosse quantité avec la main formant pelle, pour être à même d'y voir. Le poumon est noyé sous le sang invisible : je vais à sa recherche ; il est rétracté dans la gouttière costro-vertébrale ; je l'attire et je constate que la languette intérieure est perforée de part en part, à deux centimètres du bord, vers son milieu; il y a donc deux orifices, un antérieur, un postérieur, qui ne donnent pas de sang.

« A cause du siège de ces plaies du poumon qui occupent sa portion juxta-cardiaque, et hanté par ma première idée que le cœur pouvait être blessé, j'examine le péricarde, qui se trouve fortement déplacé à droite du fait du pneumothorax et entièrement rétro-sternal. Il me paraît voussuré, et de plus il ne présente aucun battement : je me figure qu'il est distendu par du sang, et sans m'attarder à chercher la plaie péricardique, ce qui m'obligerait à évacuer du sang et à perdre du temps, je saisis le péricarde en avant entre deux pinces, je fais entre elles une incision d'un centimètre et je vois la cavité péricardique normale. Je me rends compte des causes de mon erreur : l'absence de battement du péricarde est due à la faiblesse des contractions cardiaques et la voussure du péricarde est due à une infiltration graisseuse considérable de cette enveloppe. Je mets un catgut sur la brèche faite au péricarde.

« N'ayant pas jusque-là l'explication d'un hémotome aussi violent, j'évacue encore du sang de la cavité pleurale et je tire en dehors le poumon, de manière à tendre le ligament triangulaire. Vers son sommet existe un orifice à bords déchiquetés par où s'écoule de façon continue du sang noir ; l'abondance de l'écoulement est à peu près celui d'une radiale. J'introduis l'index dans l'orifice et je sens les deux bouts d'une grosse bronche coupée en deux ; les deux bouts sont séparés par la distance d'un centimètre environ et leur dimension est telle qu'on pourrait introduire le bout de l'auriculaire dans leur ouverture largement béante. Du bout central, à chaque mouvement expiratoire, un soufle d'air chaud, venu du poumon droit, vient caresser mon doigt explorateur. C'est par là qu'est sans doute venu l'air qui, avec le sang, remplissait la plèvre gauche. Je sens aussi que le ligament triangulaire est infiltré par une vaste hématose. Enfin, quand je retire mon doigt, l'hémorragie qu'il arrêtait recommence.

« Ces lésions me semblent irréparables. Lier les vaisseaux était chose impossible, parce qu'il fallait agir profondément et aveuglément, parce qu'ils étaient enfouis dans un vaste hématome et qu'ils étaient probablement rétractés dans la profondeur. D'autre part, quelle conduite tenir vis-à-vis de l'arbre bronchique sectionné ?

« Je me contentai, ne pouvant faire mieux, de tasser fortement une mèche dans la brèche du hile et d'en attirer un bout en dehors. Elle arrêta l'hémorragie. Je n'étais pas convaincu d'ailleurs que cette pratique fût inoffensive, car il était à craindre que se produisît un emphysème du médiastin.

« Comme on m'avertissait que le pouls faiblissait de plus en plus, je rabattis le volet et fixai la peau par des agrafes. Après le pansement le malade fut porté dans son lit et y mourut quelques minutes après.

« L'opération avait duré vingt minutes. »

Cette observation me paraît appeler quelques observations : 1° Lorsque existent des signes donnant à supposer que l'hémorragie par plaie du poumon menace la vie du malade par son abondance ou par sa persistance, l'intervention s'impose. Tel était le cas chez notre blessé qui présentait un hémothorax abondant, des hémoptysies et des évacuations de sang par l'orifice d'entrée, un affaiblissement progressif du pouls, etc., en somme, tous les signes d'une hémorragie interne, grave et continue. C'est d'ailleurs parce que cette hémorragie n'a pu être tarie, en raison de son siège, que le blessé est mort saigné à blanc.

2° Le volet à charnière externe est d'exécution facile et très rapide. Il donne un jour énorme permettant d'atteindre et de visiter commodément toutes les portions du poumon.

3° Le diagnostic de plaie du hile pulmonaire ne peut être établi d'avance. Peut-être pourrait-on se baser, pour la soupçonner, sur l'existence d'hémoptysies copieuses. La direction donnée à l'ins-

trument vulnérant, le siège des deux orifices d'entrée et de sortie peuvent faire, dans certains cas, supposer une plaie du hile.

4° Les plaies du hile intéressant les vaisseaux pulmonaires et les grosses bronches doivent être considérées comme fatales et au-dessus des recours chirurgicaux.

« Obs. II. — F..., vingt-huit ans, domestique, entrée le 27 avril 1906, salle Jarjavay, Hôpital Beaujon.

« Le 25 avril, à sept heures du matin, la malade s'est tiré une balle de revolver dans la région du cœur. La malade tenait le revolver, de petit calibre (8 millim.), dans la main droite et a dirigé le canon en haut et en dehors vers le sein gauche.

« A son arrivée à huit heures du matin, on trouve une plaie pénétrante du thorax au niveau du 5e espace, sur le bord antérieur de la ligne axillaire. L'orifice passe au-dessous de la pointe du cœur, la couverture musculaire est largement décollée.

« La palpation montre un emphysème très net, l'auscultation ne montre aucun bruit anormal, l'absence du murmure vésiculaire fait porter le diagnostic d'épanchement pleural total.

« La malade est anhélante; la douleur est très vive à gauche, la face n'est pas très pâle, mais les signes d'hémorragie interne sont nets.

« A 10 h. 1/2 sous chloroforme, je débride la plaie, j'incise le grand pectoral, je suis conduit sur l'espace intercostal sous-jacent. A ce moment je vois que l'air entre et sort par l'orifice, je débride plus largement, j'introduis mon doigt, et je sens une languette pulmonaire déchiquetée. Je l'amène entre les lèvres; c'est le bord antérieur du poumon gauche qui a une perforation grosse comme l'index et qui est mâché et noirâtre et laisse couler du sang. La languette pulmonaire est amenée en dehors de la plaie, je résèque la portion atteinte à un travers de doigt en dehors de la perforation. Le poumon est lié à ce niveau. Au-dessus de cette ligature, j'en mets une deuxième dont les deux chefs me servent à fixer la plaie pulmonaire au-dessus de l'espace intercostal. J'évacue le sang de la plaie. L'état est si grave que je ferme la plaie en laissant un drain; je ne fais pas l'aspiration de l'air intra-pleural.

« Le soir de l'opération : température, 38°4.

« 26 *avril.* — Le lendemain la malade est dyspnéique, le pouls est rapide : température le soir 39 degrés.

« 27 *avril.* — Pouls rapide (145); température le soir, 39 degrés.

« Dyspnée vive, battement des ailes du nez. On fait une ponction à la partie postérieure du cinquième espace avec une seringue de Pravaz et l'on retire du sang de la cavité pleurale. On découvre en arrière la balle logée sous la peau, on l'enlève, calibre de huit millimètres.

« 28 *avril.* — La malade a passé une bonne nuit, a pu dormir après une piqûre de morphine. Au matin, le pouls est à 130; température, 38°6, respiration, 28. Le soir, la température descend à 37 degrés.

« 29 *avril.* — La malade est dyspnéique, le pouls est bon, pas de température, pouls à 110.

« 30 *avril.* — La température s'élève à 38 degrés, pouls à 105.

« 2 *mai.* — La malade a un très bon pouls, toujours dyspnéique, battement des ailes du nez.

« 3 *mai.* — La température est revenue à la normale. Respiration, 40. Pouls, 100.

« Par un gros drain antérieur et un petit drain postérieur s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent, non purulent.

« 4 *mai.* — Pas de température. La malade se plaint de crises de dyspnée survenant à l'occasion des mouvements.

« 6 *mai.* — La malade est un peu dyspnéique, l'état général se maintient très bon, mais il s'écoule toujours de la plaie une légère quantité de liquide sanguinolent.

« 7 *mai.* — La malade quitte la salle Jarjavay pour la salle Dolbeau, son état nous paraissant parfait.

« Le 9 mai, brusquement, elle succombe sans que nous ayons pu savoir les causes de mort, ni pratiquer l'autopsie. »

En résumé, je crois que dans ces cas exceptionnels on sera autorisé à intervenir, mais l'imprécision des signes qui commandent l'opération nous indique que c'est du côté du diagnostic que nos recherches doivent porter.

M. J. Lucas-Championnière. — Je ne veux pas être bien long sur ce sujet que j'ai ici discuté bien des fois.

En ce qui concerne le pronostic et le traitement des plaies de poitrine, personne ne peut contester qu'il y ait des cas dans lesquels une opération peut être faite heureusement.

Il s'agit de savoir quelle est la meilleure conduite habituelle et quelles sont les indications d'une opération.

Or, j'affirme par l'expérience que l'indication de l'opération est bien rare et qu'elle est très difficile à déterminer.

Les statistiques que l'on a invoquées en faveur de l'opération ne prouvent pas grand'chose, ou plutôt seraient contraires à l'indication de l'intervention. Je ne leur attribue guère de valeur. Mais on nous a cité ici des statistiques donnant environ moitié de guérisons. Si c'était là une statistique générale, elle serait abominable parce que, si effrayantes que soient les plaies de poitrine par leurs symptômes, le pronostic est plutôt satisfaisant en règle générale.

Tel sujet paraît être dans un état tout à fait alarmant, en proie à une hémorragie pleurale qui remplira la poitrine et qui est destiné à guérir très simplement par le repos.

Tel autre est tout aussi effrayant qui a des symptômes qui paraissent se rapporter à une hémorragie abondante et qui n'a même pas d'hémorragie.

Cependant, chez ces deux sujets, l'opération comporte une extrême gravité et peut le tuer alors qu'il a bien des chances de guérir.

Ces chances sont d'une manière générale si grandes et tellement en opposition avec la gravité apparente immédiate des accidents, que nous avons le droit de nous demander quand on nous apporte des cas de guérison par une opération, si le sujet n'eût pas eu toutes chances de guérir très simplement sans opération.

On nous dit qu'après des recherches étendues succédant à l'évacuation des caillots intra-pleuraux, on a péniblement trouvé une plaie du poumon qui saignait.

Mais l'opération était justement faite pour faire saigner à nouveau une plaie qui ne donnait plus de sang dans l'immense majorité des cas, et la suture du poumon n'a guère donné dans ces cas le résultat que l'on croit incontestable, d'arrêter l'hémorragie.

Etant données ces observations, que la nécessité de l'opération est très difficile à déterminer et que l'opération par elle-même représente, pour ces sujets que la moindre secousse fait périr, un danger considérable, il reste avéré pour moi que l'abstention systématique est la thérapeutique qui a la chance de mener à la guérison le plus grand nombre de sujets.

Or, j'affirme à nouveau que le résultat de mon expérience a été le suivant. A Beaujon, où les plaies de poitrine par balle de revolver sont si fréquentes, j'ai vu guérir tous les sujets que j'ai traités systématiquement par l'abstention de toute opération.

J'ai obtenu à peu près le même résultat à l'Hôtel-Dieu, où, quoique ce genre de plaies soit plus rare, j'en ai encore observé un certain nombre.

Pendant la même période, un certain nombre de sujets ont été opérés dans mon service par le service de garde, et j'ai eu connaissance de quelques opérations faites dans les services voisins.

Or, je n'ai eu connaissance d'aucun cas de guérison.

Ce n'est pas sans doute une considération définitive et indiscutable. Mais elle a une réelle valeur.

J'ajoute que je suis absolument convaincu qu'en quelques cas très graves que j'ai suivis jusqu'à la guérison, en m'abstenant de toute opération, si j'étais intervenu, il n'y a aucun doute que les sujets fussent morts bien rapidement et peut-être avant la terminaison de l'opération.

M. Ricard. — Les faits de ma pratique tendent à me faire admettre comme vraie l'opinion de M. Delorme, qui, si je l'ai bien

comprise, se formule ainsi : dans la plupart des cas de plaies de poitrine, l'expectation, c'est-à-dire l'occlusion de la plaie et l'immobilisation, constitue le traitement de choix; mais il est des cas plus sévères où l'intervention directe s'impose. J'ajouterai que ces cas sont jusqu'ici exceptionnels et peu nettement définis

Comme tous mes collègues j'ai observé un grand nombre de coups de couteau de la région thoracique. Pour la plupart d'entre eux, la question d'intervention immédiate ne se posait même pas. Dans trois cas néanmoins, j'ai été fort ébranlé, et je me suis posé la question d'une intervention directe immédiate, tellement étaient graves les phénomènes observés. Pour le dire de suite, je ne suis pas intervenu immédiatement, et j'ai dû intervenir ultérieurement pour des phénomènes de septicité secondaire. Nos trois malades ont guéri sans fistule.

L'un d'eux cependant, jeune apache d'une vingtaine d'années, était dans un état particulièrement grave, sa pâleur était extrême, son pouls était misérable, son angoisse était extrême et la matité accusait un épanchement *total* de toute la plèvre gauche. Il n'avait ni hémoptysie, ni écoulement de sang par la plaie qu'il présentait sur la partie gauche de la colonne dorsale. Tout bien pesé, je n'intervins pas. Le malade guérit après un empyème qui lui retira plus de deux litres de sang de la cavité thoracique.

Je me résume :

Faute d'indications précises, l'intervention immédiate directe sera de longtemps encore l'exception. Peut-être, en serrant de plus près les indications, pourrons-nous mieux reconnaître des cas justiciables d'une intervention immédiate de ceux qui ne le sont pas.

J'apporte ici, au débat, un cas d'intervention heureuse, observé dans mon service, et où l'indication fut levée d'une erreur de diagnostic. L'interne de garde ayant, comme beaucoup de ceux qui sont intervenus en pareil cas, cru à une plaie du cœur, alors qu'il s'agissait d'une plaie de poumon.

Plaie du poumon. Hémorragie grave. Thoracotomie. Guérison,

par le Dr L. Henri Petit (Château-Thierry).

B... (Emile), vingt-huit ans, reçoit, dans la nuit du 2 février 1905, un coup de couteau dans la poitrine; il est amené aussitôt à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, le Dr Ricard. Le blessé est pâle, le facies anxieux, la respiration fréquente, la parole brève. La

plaie, linéaire, large de 3 centimètres, siège entre les 5e et 6e cartilages costaux du côté gauche, il y a de la traumatopnée et il sort du sang rouge par la blessure. Le pouls est assez bon, rapide (108 pulsations), mais bien frappé. Par contre, à l'auscultation, on *n'entend plus du tout les battements du cœur*, que le malade soit couché ou assis. Enfin on constate que toute la moitié inférieure de la cage thoracique à gauche est mate à la percussion.

Dans ces conditions, étant donnés le siège et la direction du coup, que le blessé dit avoir été porté de gauche à droite, je pense à une plaie du cœur. Toutefois, avant d'intervenir, je demande l'avis de deux de mes collègues, MM. Diel et Pecharmant, qui ont eu déjà l'occasion de voir des plaies du cœur. Après avoir examiné le blessé, ils confirment mon intention d'opérer.

Anesthésie très facile, avec l'appareil Ricard. Je fais un volet thoracique en U à charnière externe, comprenant les 4e, 5e, 6e et 7e cartilages costaux. Je le relève en fracturant les côtes correspondantes. La plèvre gauche est remplie par un litre et demi de sang rouge liquide. Le poumon est rétracté sur son hile. Le péricarde paraît indemne, une petite boutonnière aussitôt refermée nous montre qu'il ne renferme pas de sang et que le cœur n'a pas été touché. Avec de grandes compresses, je débarrasse la plèvre du sang qu'elle contient et nous voyons qu'il provient d'une plaie profonde de la face médiastinale du poumon, près de la base; elle saigne abondamment. Une tentative de suture restant infructueuse, je tamponne la plaie avec une mèche de gaze stérilisée, qui ressort par la partie inférieure de la plaie, avec drain. Le volet est rabattu et fixé par des sutures au fil de bronze. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

Le lendemain, le malade va bien, pas de température, écoulement de sérosité par le drain.

La mèche est retirée au bout de quarante-huit heures; il s'écoule seulement un peu de sérosité. La température reste bonne les jours suivants, on enlève les fils au huitième jour.

Puis la fièvre atteint 39 degrés le soir, pour redescendre le matin; il y a de la matité à gauche et on note tous les signes d'un épanchement pleural.

La ponction faite avec la seringue de Pravaz ramène de la sérosité, mais pas de pus. Néanmoins, la température restant élevée et le malade se plaignant d'étouffements, avec l'assentiment du chef de service, je pratique l'empyème avec résection de la 10e côte, en bas et en arrière, trois semaines après la première opération. Il s'écoula une grande quantité de sérosité, mais pas de pus; deux drains.

La température baissa rapidement mais n'atteignit la normale qu'à la suite de lavages quotidiens à l'eau oxygénée.

Les forces et l'appétit revinrent progressivement, au fur et à mesure que l'écoulement de sérosité se tarissait.

Le blessé sortit complètement guéri, *sans fistule*, à la fin d'avril.

Il a été revu trois mois après en parfaite santé, ayant même beaucoup engraissé.

Plusieurs faits sont à relever dans cette observation :

1° Tout d'abord la disparition complète des bruits du cœur, le malade étant assis ou couché, sans la moindre lésion de cet organe. Cette disparition a été notée non seulement par moi, mais par mes deux collègues, et c'est ce qui nous a fait porter le diagnostic de plaie du cœur;

2° La facilité et la rapidité de l'anesthésie malgré le pneumothorax complet du côté gauche. A aucun moment de l'intervention, l'opéré ne nous a causé la moindre alerte ni la moindre inquiétude du côté de l'anesthésie ;

3° Le bon résultat que nous a donné l'ouverture large du thorax, faite, il est vrai, dans le but d'aborder le cœur, mais qui ne nous en a pas moins permis de découvrir la source de l'hémorragie, de nous en rendre maître et de débarrasser la plèvre du sang qu'elle renfermait

M. Routier. — Dans la séance du 6 juin 1906, je communiquais à la Société une observation de plaie du poumon par balle de revolver, avec hémorragie abondante, et je disais combien j'avais été embarrassé précisément à cause de la discussion qui venait d'avoir lieu ici sur la conduite à tenir en face de ces traumatismes.

Je m'abstins immédiatement de toute intervention, qui selon moi n'aurait pas été supportée par le patient, mais, le lendemain soir, je pratiquai la thoracentèse et retirai 1 litre 1/4 de sang de la plèvre droite.

Je puis vous donner aujourd'hui la fin de cette observation.

A la suite de la ponction thoracique, le malade fut bien ; le cœur revenu à sa place, il resta apyrétique quinze jours; puis vint de la diarrhée, des douleurs à la base du poumon; revu avec son médecin habituel, on pensa qu'il s'était refait un épanchement : je ponctionnai à nouveau et n'obtins que 50 à 60 grammes de sang noir cailleboté.

Puis survint un point de côté à gauche, côté sain jusque-là, suivi de crachats hémoptoïques; il fit ainsi trois ou quatre crises d'embolies, puis une phlébite se manifesta aux deux membres inférieurs ; il fallut trois mois pour le remettre sur pied; il est aujourd'hui parfaitement guéri, a conservé sa balle, qui ne le gêne nullement, sa respiration est parfaite.

M. Quénu. — Messieurs, le promoteur de la discussion sur l'intervention dans les plaies du poumon, M. Delorme, a fait une demande de congé, il ne sera donc pas là pour résumer la discussion et répondre aux différents orateurs. Ce qui se dégage de cette discussion, c'est que, d'après l'unanimité des membres de la

Société de chirurgie qui ont pris la parole, l'intervention chirurgicale est licite, mais dans des cas exceptionnels et dans des conditions assez délicates à déterminer.

Rapports.

Voies biliaires. Opération de Kehr,

par M. TERRIER.

Messieurs, je vous communique trois observations d'opération de Kehr suivies de succès rapides.

A ces trois observations j'ajouterai une quatrième observation due à M. le Dr Dujarier, lue à la Société dans la dernière séance et pour laquelle j'ai été nommé rapporteur.

Voici ces observations :

Obs. I. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Guérison.*

Louise V..., femme R..., quarante-cinq ans, a eu pour la première fois, en 1900, des coliques hépatiques nettement caractérisées, sans ictère. Les crises revenaient assez fréquemment, tous les deux jours, avec, dans quelque cas, de l'hyperthermie. Le tout dura quinze jours, puis l'état rentra dans l'ordre jusqu'au 25 novembre 1904.

A cette date, les mêmes crises revinrent, avec cette aggravation qu'il y eut de l'ictère; il y avait aussi un peu de fièvre.

Au bout de quinze jours, l'ictère disparut; mais les douleurs, moins vives cependant qu'au début, persistèrent pendant cinq mois.

En 1905, la malade, à la suite d'une saison à Vichy, fut notablement améliorée, et pendant un an elle n'eut plus de crises à proprement parler, mais seulement de légères douleurs.

Le 10 juin 1906, une grande crise.

Elle entre à la clinique chirurgicale de la Pitié le 2 juillet 1906.

Etat actuel. — La malade ne souffre presque pas. Pas d'ictère, pas de décoloration des matières, pas de fièvre.

Dans l'hypocondre droit, on constate une tumeur lisse, arrondie, s'étendant presque jusqu'à la ligne médiane, descendant à quatre travers de doigt au-dessous de la ligne ombilicale, se continuant en haut sans aucune démarcation avec le foie.

La percussion confirme les données de la palpation et montre que cette tumeur n'est séparée du foie par aucune zone sonore. Le foie lui-même est un peu abaissé. La tumeur ne présente pas le contact lom-

baire, elle est de consistance assez ferme, rénitente, mobile et suit les mouvements respiratoires; elle est en outre peu douloureuse.

Amaigrissement notable qui a décidé la malade à venir à l'hôpital.

Opération le 7 juillet 1906, par M. Terrier; aides : MM. Gosset et Filhaulaud; chloroformisateur : M. Boureau.

Incision de Kehr. La vésicule, énorme, descend à 10 centimètres au-dessous du bord du foie.

On libère la vésicule et le cystique, on sectionne ce dernier près du cholédoque et on enlève vésicule et cystique *sans ouverture préalable*, comme s'il s'agissait d'une tumeur. L'examen ultérieur a montré que la vésicule, à parois doublées d'épaisseur, contenait quatre calculs, un du volume d'un pois enclavé dans le cystique, et trois gros calculs, du volume d'une noix, libres dans la cavité vésiculaire.

On cathétérise le cholédoque, puis l'hépatique, et on constate leur intégrité. Un drain n° 20 est mis dans le canal hépatique et fixé à la brèche du cholédoque. Trois mèches sont placées autour de ce drain. Suture de la paroi abdominale en trois étages, à la soie, à points séparés.

Durée de l'opération : quarante-huit minutes.

Quantité de chloroforme : trente-cinq centimètres cubes.

Suites simples, les mèches sont retirées successivement au 6e, au 9e et au 10e jour. Le drain est lui-même enlevé au 11e jour et la malade sort guérie le 28 juillet, vingt et un jours après l'opération.

Obs. II. — *Lithiase de la vésicule, du cholédoque et de l'hépatique. Cholécystectomie et drainage du canal hépatique. Guérison.*

Julia P..., trente-deux ans, frappeuse, entre le 1er septembre 1906 à la Pitié, salle Lisfranc. Opération le 12 octobre.

A noter, pendant l'enfance, la rougeole et la fièvre typhoïde.

Mariée à vingt et un ans, la malade a eu quatre enfants, dont deux sont morts. Il y a trois ans, fausse couche qui nécessite un curettage. Quelques mois après, elle commence à souffrir dans le bas-ventre et, en septembre 1904, elle est opérée par le Dr Gosset, à la Pitié, d'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour double salpingite suppurée. Quelques jours après l'opération, elle présente une légère crise vésiculaire.

Quatre mois après son opération, la malade se trouve très fatiguée, avec perte de l'appétit et amaigrissement. Elle entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Thiroloix, où elle séjourne pendant un mois. Régime des hépatiques, amélioration.

Pendant sept mois, la malade reste chez elle et peut continuer son travail. Puis elle présente des vomissements biliaires, surtout après les repas, avec douleurs dans l'hypocondre droit et dans la région vésiculaire, avec irradiations scapulaires. Douleurs accentuées par la fatigue, la digestion. En même temps, démangeaisons.

Le 1er septembre 1906, la malade revient dans le service du Dr Thiroloix, pour une crise de colique hépatique avec ictère, qui dure huit jours; température à 39 degrés.

La seconde crise commence le 15 septembre, plus douloureuse que

la première. Urines de couleur acajou, matières décolorées, température 37°,9 et pendant vingt-quatre heures, 38°,5.

Le 4 octobre, la malade entre dans le service de M. Terrier, sans fièvre, sans vomissements, sans douleur.

A l'examen, on constate au-dessous des fausses côtes droites une tuméfaction assez nette, débordant légèrement le foie, suivant les mouvements respiratoires, douloureuse à la pression.

Analyse des urines : Un litre par vingt-quatre heures, 15 gr. 612 d'urée par litre ; ni sucre, ni albumine.

Opération le 12 octobre 1906, par M. Terrier; aides : Gosset et Desjardins; chloroformisateur : Boureau.

Incision de Kehr. On met à nu le bord antérieur du foie, qui adhère au côlon transverse. On libère doucement et on aperçoit le fond de la vésicule. La libération de la vésicule est délicate, car elle fait corps avec la paroi du gros intestin. Aussi, on se résout à l'ouvrir tout d'abord, et on enlève trois gros calculs qui s'y trouvent contenus. On la sectionne circulairement, de façon à trouver en arrière un plan de clivage qui permette le décollement du fond, en procédant de bas en haut et du col de la vésicule et du cystique. Le cystique est coupé au ras du cholédoque. On agrandit l'incision faite à l'hépatique et au cholédoque, pour lui donner une étendue suffisante (2 centimètres environ). De l'intérieur du cholédoque, on retire 3 calculs et on constate ensuite sa perméabilité rétablie. Dans l'hépatique, à une profondeur de 1 centimètre, on retire un calcul un peu plus petit que ceux du cholédoque. L'hépatique est alors libre.

On introduit un drain n° 25 dans l'hépatique, on le fixe à la brèche du canal et on rétrécit cette brèche autant qu'il est nécessaire.

Trois mèches.

Fermeture de la paroi à la soie, en étages.

Durée : cinquante minutes.

Quantité de chloroforme : 22 grammes.

Suites simples, apyrétiques. La première mèche est enlevée au septième jour, le drain et la seconde mèche au dixième jour, et la dernière mèche le douzième jour. La malade sort guérie le 10 novembre.

Obs. III. — *Calcul du cholédoque. Opération de Kehr.*

Malade envoyée par le professeur Dieulafoy.

La nommée L... (Albertine), âgée de trente-sept ans, était entrée dans le service du professeur Dieulafoy, pour un ictère datant de deux mois. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'ictère était très foncé (le 7 mai).

Elle entre à la Pitié, salle Lisfranc, le 16 mai 1907.

La malade, en 1903, au cours d'une congestion pulmonaire, a présenté pour la première fois une douleur qu'elle dit avoir siégé au creux épigastrique, douleur très vive, paroxystique, irradiant dans l'épaule droite, dans le dos, et jusque dans les membres inférieurs. Cette douleur cesse au bout de vingt-quatre heures, laissant à sa suite une courbature très accentuée.

En juillet 1904, fièvre typhoïde.

En septembre 1906, au cours d'une grossesse datant de quatre mois et demi, la malade vit reparaître une crise analogue à la première et durant également vingt-quatre heures. Entre les deux crises, c'est-à-dire pendant trois ans, aucune crise douloureuse.

A la suite de ces deux crises, elle n'a pas présenté d'ictère nettement appréciable, elle n'a jamais fait attention à la coloration de ses selles ni de ses urines. Au cours des quatre derniers mois de sa grossesse, les crises douloureuses se répètent fréquemment presque chaque semaine et gardent un type invariable comme localisation, comme intensité et comme durée.

L'enfant est né à terme, en bon état, en janvier dernier (1907). Accouchement normal.

Depuis l'accouchement jusqu'à mars 1907, — pendant deux mois, — aucune crise nouvelle. En mars, nouvelle crise, plus douloureuse et plus longue que les crises antérieures. Les douleurs durent pendant quatre jours, le cinquième jour les douleurs diminuent et l'ictère apparaît. Les matières fécales deviennent mastic, complètement décolorées, et les urines acajou. Depuis ce moment, aucune crise douloureuse, mais l'ictère demeure intégralement.

Elle a été réglée à douze ans, quatre enfants. Jamais d'autres maladies que la congestion pulmonaire et la fièvre typhoïde signalées plus haut.

Etat actuel. — Ictère jaune foncé, presque bronzé, généralisé sur tout le corps. Les conjonctives sont jaunes ainsi que les muqueuses.

A l'examen, on ne provoque aucune douleur au point vésiculaire.

La vésicule n'est pas perceptible.

Le foie présente un volume normal, la ligne de matité remontant jusqu'au 5e espace intercostal. Le bord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes. Sur la ligne mamelonnaire, il a 12 centimètres de hauteur.

On ne révèle pas de douleur et on ne sent pas d'induration dans la zone pancréatique.

La rate est normale. Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons.

Le 27 mai, en pratiquant un nouvel examen, on perçoit nettement, à la palpation de la face inférieure du foie, la vésicule, qui est petite. On sent de plus une zone empâtée autour de la vésicule.

La température et le pouls sont normaux : 36°8 et 70.

La quantité d'urine est de 1.000 centimètres cubes avec 18,85 d'urée par litre.

Ni sucre ni albumine, présence de pigments et d'acides biliaires.

L'analyse des fèces a été faite par Gaultier dans le service du professeur Dieulafoy.

Opération le 29 mai 1907, par le professeur Terrier. — Aides : MM. Gosset, Lemoine. Chloroforme : M. Boureau.

Incision de Kehr après avoir placé un billot sous la région lombo-dorsale.

Le foie est normal. La vésicule apparaît dans l'encoche hépatique, très adhérente au côlon transverse, très adhérente également au foie ;

elle est rétractée, sclérosée. On la décolle, d'abord par sa face inférieure, puis par sa face hépatique. Elle conduit jusqu'au cholédoque, qu'on ouvre verticalement.

Le canal est dilaté, du volume du petit doigt. On fait le cathétérisme du bout supérieur, c'est-à-dire de l'hépatique : la bougie métallique entre facilement. Au contraire, dans le cathétérisme du bout inférieur, l'explorateur est arrêté tout à fait en bas, dans la portion terminale du cholédoque près de l'ampoule du duodénum. A la palpation, à travers le pancréas, on sent nettement une masse très dure, irrégulièrement arrondie, qu'on peut refouler de bas en haut dans le cholédoque.

Avec la pince fenestrée, on peut le saisir et on l'amène dans l'ouverture faite au cholédoque. Il s'agit d'un calcul mûriforme du volume d'une grosse noisette. Une fois le calcul enlevé, le cathétérisme se fait facilement : la boule de l'explorateur pénètre librement dans l'intestin ; il n'y a pas d'autres calculs.

On termine l'opération par l'ablation de la vésicule et la ligature de l'artère cystique. Sur ce vaisseau, la ligature est portée avec l'aiguille de Reverdin : l'aiguille pique un gros vaisseau qui donne du sang artériel, et qui est probablement l'origine de la cystique. Sur ce vaisseau, très profond, on se contente de laisser deux pinces de Kocher à demeure. On met dans le canal hépatique un drain non perforé, n° 22, qui s'enfonce de plusieurs centimètres dans le canal.

Le drain est fixé au catgut n° 0 dans la brèche du cholédoque, et cette brèche elle-même est rétrécie de façon à ce que le drain l'obture complètement. On met trois mèches de gaze, à droite, à gauche et en bas.

Fermeture de la paroi en trois étages à la soie.

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Quantité de chloroforme à la compresse : 52 centimètres cubes.

Diagnostic opératoire. — Calcul du cholédoque. Ectomie-drainage de l'hépatique.

Suites opératoires. — D'une bénignité absolument normale. La malade n'a pas vomi. La température est restée invariablement entre 36°4 et 36°7; le pouls entre 65 et 70. La quantité d'urine a été de 750 centimètres cubes jusqu'au 12e jour, puis de 1.000 centimètres cubes à partir du 12e jour. Les pinces sont retirées : la première le 1er jour, la seconde le 3e jour.

La quantité de bile recueillie par le siphon a été de 200 à 250 grammes par jour.

La malade a rendu des gaz le 2e jour; elle a eu une selle colorée le 5e jour.

Dès le 6e jour, on commence à mobiliser les mèches, et chaque jour on les attire d'environ 1 ou 2 centimètres.

Le 9e jour, ablation de la première mèche; le 11e jour, ablation de la deuxième mèche ; le 13e jour, ablation de la troisième mèche. On a enlevé d'abord la mèche droite, puis la gauche, et enfin l'inférieure.

Le 17e jour, ablation du drain.

A ce moment, la bile est absolument claire, d'un beau jaune d'or.

Les premiers jours il s'écoulait sur les compresses une certaine quantité de boue biliaire.

Les premiers jours, la malade s'est plainte d'une légère douleur dans l'épaule droite, douleur qui a disparu depuis l'ablation du drain.

Le 22e jour, la bile ne passe plus par la plaie.

Le 24e jour, la plaie est complètement fermée.

Le 25e jour, la malade se lève. Ses urines et ses matières sont de couleur normale. Il n'y a plus de teinte ictérique des téguments.

OBS. IV. — *Lithiase vésiculaire et cholédocienne. Cholécystectomie et cholédocotomie, drainage de l'hépatique. Guérison*, par le Dr CH. DUJARIER.

Ler... (Adeline), cinquante-deux ans, ménagère, entre à l'hôpital Lariboisière, le 30 avril 1907, salle Elisa Roy, sur les conseils de son médecin, pour être opérée de lithiase biliaire.

Antécédents. — Toujours bien portante jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque (il y a trente-deux ans) elle a été prise d'une attaque de colique hépatique. Les crises, dont plusieurs s'accompagnèrent d'ictère et de décoloration des matières, ont duré pendant neuf ans (trois ou quatre crises par an).

De vingt-neuf ans à cinquante et un ans, la malade a été très bien portante; elle ne suivait aucun régime et n'éprouvait aucun malaise.

Il y a un an, à l'âge de cinquante et un ans, elle a de nouvelles crises hépatiques, deux ou trois en 1906; à la suite d'une crise plus forte (avril 1907) elle se décide à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Les crises sont très nettes; elles débutent par une violente douleur à l'hypocondre droit, avec irradiations à l'épigastre, au flanc droit, à la région scapulaire droite. Elles s'accompagnent de vomissements. En général ces crises surviennent la nuit, trois ou quatre heures après le repas du soir. Pendant la plupart des crises, la malade devient jaune; l'ictère disparaît progressivement après la cessation de la crise, qui s'annonce par une sensation de bien-être particulière.

Les dernières crises ne se sont pas accompagnées de cette sensation de bien-être; il subsiste un endolorissement de la région hépatique; l'ictère disparaît moins complètement.

A plusieurs reprises la malade a eu des frissons et de la fièvre.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital la malade est ictérique; la teinte jaune est peu foncée: les urines sont acajou et les matières complètement décolorées. J'examine la malade pour la première fois le 15 mai : l'ictère est très peu foncé, les conjonctives sont pourtant nettement jaunes; les matières commencent à se colorer légèrement. La malade est apyrétique.

La palpation permet de sentir un foie normal, débordant à peine les fausses côtes. On ne sent pas la vésicule, mais par la pression dans la région on détermine une légère douleur.

Opération le 17 mai, par M. Dujarier.

La malade, anesthésiée au chloroforme, est placée sur un plan incliné dont l'arête correspond à la région lombaire.

Incision en baïonnette, partant de l'appendice xiphoïde et descen-

dant nettement au-dessous de l'ombilic. Le péritoine ouvert, on trouve la vésicule épaissie, de la grosseur d'une petite poire, débordant à peine le foie, libre d'adhérences; on sent qu'elle contient plusieurs calculs nageant dans du liquide; il existe un mésocyste ébauché; *sans ouvrir la vésicule*, on la sépare très facilement du foie jusqu'au niveau du cystique; ce canal paraît sain et nullement dilaté; on sent au contraire le cholédoque et l'hépatique distendus par de volumineux calculs; en tirant sur la vésicule, on voit l'implantation du cystique sur le canal hépatico-cholédoque; au-dessus de lui on aperçoit le relief de l'artère cystique qu'on lie séparément au catgut; on coupe alors le cystique au ras du cholédoque, au-dessous d'une pince de Kocher qui empêche la vésicule de se vider; la vésicule est ainsi extirpée en totalité sans avoir été ouverte.

Par l'embouchure du cystique dans le cholédoque, on aperçoit un gros calcul; on introduit un doigt dans l'hiatus de Winslow, et on incise le cholédoque en agrandissant l'embouchure du cystique; on extrait un premier calcul cylindrique, de la grosseur de l'index; les deux bases de ce cylindre sont à facettes; une fois enlevé, on sent dans l'hépatique un autre gros calcul, on l'extirpe par expression et à ce moment la bile jaune, claire, s'écoule en abondance; le second calcul a la forme d'une petite corne, il est de la grosseur du petit doigt et représente le moule du canal hépatique; sa base s'applique exactement sur une des facettes du premier calcul; mais à quoi répondait la facette inférieure de ce calcul? Pensant qu'il restait un calcul dans la partie inférieure du cholédoque, nous l'explorons facilement avec le petit doigt, qui pénètre jusqu'au niveau de l'orifice duodénal; il y a donc eu un calcul éliminé quelque temps auparavant; nous introduisons également le petit doigt dans l'hépatique et nous pénétrons très facilement jusqu'au hile.

Nous pratiquons alors le drainage de l'hépatique avec une sonde en caoutchouc à bout coupé n° 18; nous fixons cette sonde au canal hépatique par un fin catgut; puis, pour que l'écoulement de bile se fasse totalement par la sonde, nous fermons au-dessous d'elle le cholédoque par trois points séparés au catgut; cette suture se fait très facilement, car les lèvres de la plaie cholédocienne sont régulières et présentent une certaine épaisseur. On place deux mèches qui tamponnent le foyer opératoire et l'on ferme la paroi en deux plans, au catgut.

La peau est suturée au crin de Florence. Le pansement est traversé par la sonde qui sera munie d'un caoutchouc portant la bile dans un bocal.

Les suites opératoires ont été bénignes; ni fièvre ni vomissements; le lendemain le bocal contenait environ 1 litre de bile de coloration un peu foncée. L'ictère a un peu augmenté.

Le quatrième jour on fit le pansement pour la première fois; il n'est pas traversé, on retire une mèche; deux jours après on retire la seconde mèche; à partir de ce moment les matières se colorent, et l'ictère, qui avait augmenté les premiers jours, bien que le siphon ait toujours fonctionné, disparaît.

La sonde tombe d'elle-même le treizième jour. La bile s'écoule en assez grande quantité dans le pansement. Mais cette quantité diminue de jour en jour pour cesser presque complètement le vingtième jour.

Le trente et unième jour, au moment de laisser lever la malade, on examine la plaie et on constate un petit abcès pariétal à la partie inférieure de la cicatrice. On l'ouvre d'un coup de sonde cannelée; au bout de quelques jours tout est cicatrisé, et on présente la malade à la Société de chirurgie le 25 juin, trente-neuf jours après son opération.

L'état général est excellent, l'ictère et les douleurs ont complètement disparu; les selles sont régulières et colorées; il n'y a pas trace d'éventration quand on fait tousser la malade.

Toutes ces observations sont des exemples d'opérations de Kehr pour des calculs, avec dilatation plus ou moins grande des voies biliaires.

Tel n'est pas le cas pour l'observation suivante, où il s'agit d'une cholécystite et angiocholite post-typhiques.

Obs. IV *bis*. — *Cholécystite et angiocholite post-typhiques. Cholëystectomie, drainage du canal hépatique. Guérison.*

M. L..., née Suzanne D..., vingt-sept ans, ménagère, entre le 23 janvier 1906, à l'hôpital de la Pitié, clinique chirurgicale du professeur Terrier, salle Lisfranc. La malade a toujours eu une bonne santé, mais en août 1905, elle a la fièvre typhoïde, et reste alitée pendant cinquante jours. C'est pendant la période de défervescence de cette fièvre typhoïde que se sont montrés des phénomènes douloureux dans la région vésiculaire, avec irradiations vers l'épaule droite. En même temps, la malade constatait l'apparition, au-dessous des fausses côtes droites, d'une tuméfaction du volume d'une mandarine, tuméfaction très douloureuse à la pression.

Le 15 décembre 1905, vers quatre heures de l'après-midi, la malade est prise brusquement, dans l'hypocondre droit, de douleurs très intenses, irradiant vers la région interscapulaire et vers l'ombilic. En même temps, vomissements bilieux, frissons, diarrhée et température à 40° degrés. Cette crise, qui ne s'accompagna pas d'ictère, aurait duré quinze jours.

La malade entre à la fin de la crise à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Hayem, alors suppléé par le Dr Carnot. Cinq jours après son entrée, elle fait une troisième crise hépatique, caractérisée par les mêmes symptômes que précédemment, et qui dura quelques jours.

Depuis cette crise jusqu'au 17 janvier 1906, la malade va aussi bien que possible, mais, à cette date, elle présente une nouvelle crise, assez atténuée cependant. C'est à la suite de cette dernière crise que M. le Dr Carnot voulut bien nous l'adresser à la Pitié.

Etat actuel. — L'état général est satisfaisant, coloration ictérique de la peau et des conjonctives, matières très peu colorées. La température

est normale, et le jour de l'entrée à l'hôpital, mais le lendemain (vingt-quatre janvier) on note un frisson avec température montant à 39 degrés. Les jours suivants, la température retombe à 37 degrés, mais remonte à 38 degrés le 27 janvier et le 31, pour ensuite redevenir normale. Au moment de l'opération (5 février), la température était de 36 degrés 8.

A l'examen du foie, on constate que la glande déborde les fausses côtes de deux travers de doigt ; la matité hépatique mesure exactement, sur la ligne mamelonnaire, quinze centimètres. La vésicule est sentie, douloureuse et débordant notablement le foie.

La rate n'est pas augmentée de volume.

L'analyse des urines a montré qu'il y avait 1.150 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, avec 16 gr. 50 d'urée par litre, sans sucre et sans albumine.

Opération le 5 février 1906, par M. Terrier; aides : MM. Gosset et Desjardins; chloroformisateur : M. Boureau.

Billot de Mayo Robson. Incision de Kehr. On constate que le bord antérieur du foie adhère en un point à l'épiploon. On libère à ce nouveau, et on met de suite en évidence le fond de la vésicule. Cette vésicule est détachée prudemment en haut du foie et en bas de l'épiploon, de façon à mettre à découvert le canal cystique.

On libère le canal cystique, et en exerçant sur lui une certaine traction, on met en évidence un canal de la grosseur du petit doigt, qui ne peut être que le cholédoque.

Alors, au ras du cholédoque, on coupe le canal cystique et l'on se débarrasse ainsi de la vésicule. Détail à noter : aucune ligature n'est exigée sur l'artère cystique.

Avec deux pinces de Kocher, on repère l'ouverture faite au canal biliaire principal. La bile sort en abondance et on en recueille dans deux pipettes. Prolongeant l'incision du canal bilaire sur une longueur de un centimètre, on pratique avec une bougie le cathétérisme de l'hépatique et du cholédoque. On ne trouve aucun calcul.

Un drain non perforé, numéro 25, est introduit dans l'hépatique et s'y enfonce d'une longueur de trois centimètres. Ce drain est fixé par un catgut à l'ouverture du cholédoque.

Drainage avec trois mèches.

Fermeture de la paroi en étages, à la soie.

Durée totale : quarante-deux minutes.

Quantité de chloroforme employée : trente-huit grammes.

Suites opératoires des plus simples. Les mèches sont enlevées une à une le 7, le 8 et le 9 février; le drain est retiré le 15 février, ainsi que les fils cutanés, et la malade sort guérie de l'hôpital le 4 mars.

Ici la cholécystite combinée à l'angiocholite a été bien guérie, mais il s'agissait d'une lésion post-typhique, ce qui n'est pas très rare à observer.

Dans d'autres angiocholites, l'opérateur se trouve en présence

de lésions de rétrécissement des voies biliaires, et la nécessité d'opérations autres, telle l'hépatico-duodénostomie, dont j'ai publié deux observations.

Dans l'une d'elles, les voies biliaires sont restées infectées et donnèrent lieu encore à des accidents assez sérieux d'angiocholites atténuées en ce moment par l'usage des eaux de Carlsbad.

Sténose médio-gastrique consécutive à un ulcère ; estomac biloculaire ; gastro-gastrostomie ; guérison, par M. R. Tesson (d'Angers).

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

L'estomac biloculaire, tout en n'étant pas exceptionnel, est néanmoins une affection encore assez rare pour que les cas observés, surtout lorsqu'ils ont été l'objet d'un traitement chirurgical, méritent d'attirer notre attention. A ce titre, l'observation que nous a adressée M. Tesson (d'Angers) mérite de figurer dans nos bulletins :

Observation. — Femme de quarante-trois ans, ayant commencé à souffrir de l'estomac dès l'âge de vingt ans.

Les premiers accidents furent des brûlures d'estomac et des vomissements aqueux acides ; puis bientôt après se produisirent des crises très douloureuses et des vomissements alimentaires. Dès cette époque, et toujours depuis, la douleur eut pour siège la moitié *gauche* de l'épigastre, au-dessous du sein, avec irradiations à l'épaule *gauche*.

Ces accidents furent d'abord intermittents, laissant parfois à la malade une ou plusieurs semaines de répit. Les vomissements ne gênaient que peu l'alimentation, car, sitôt qu'ils étaient calmés, Mme R... pouvait recommencer à manger. Cependant, peu à peu, ils augmentèrent de fréquence. Mme R... perdit de son poids et de sa bonne mine : on la considéra comme anémique.

En 1889, — elle avait vingt-cinq ans, — en rentrant chez elle un soir, elle eut coup sur coup plusieurs selles de couleur marc de café très abondantes : une syncope assez prolongée s'ensuivit. Très affaiblie, elle dut garder le lit quelques semaines; on lui fit plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel. Ce fut la seule fois qu'elle constata du mélæna.

Elle reprit ensuite sa vie ordinaire, souffrant et vomissant plus ou moins, suivant les moments et, bien que dans un état assez précaire, en 1893, à vingt-neuf ans, elle se maria. Elle pesait alors 41 kilogrammes. Il y avait six ans qu'elle ne voyait plus ses règles ; elle n'en devint pas moins enceinte, et, en 1895, accoucha à terme d'un enfant

extrêmement petit, qui s'éleva pourtant au biberon. En 1897 et 1898, deuxième et troisième grossesses sans réapparition des règles : les enfants, nés viables, ne tardèrent pas à succomber, l'un au bout de trois jours, l'autre à quatre mois.

Ces trois grossesses ne paraissent pas avoir retenti défavorablement sur son état général; bien au contraire, la troisième fut suivie d'une période d'amélioration assez longue, Mme R... eut trois fois ses règles aux intervalles normaux.

Mais ce mieux ne dura pas.

A noter, en 1900, une crise de contracture des membres supérieurs et inférieurs, qui se produisit brusquement, un soir; les bras étaient collés au corps, les avant-bras et les mains fléchis et en rotation externe. Cette crise, qui paraît mériter le diagnostic rétrospectif de tétanie gastrique, se prolongea toute une nuit; il n'y en eut pas d'autres, seulement quelques ébauches très atténuées. Après cela, la malade fut considérée comme nerveuse et traitée en conséquence.

En 1901, survinrent à diverses reprises des vomissements noirs, jamais de vomissements rouges.

En 1905, les accidents gastriques s'atténuèrent. Mme R... reprit de la force et du poids (elle pesait 50 kilogrammes), et fut réglée pendant six mois.

Mais, dès les premiers mois de 1906, elle commença à reperdre tout le terrain reconquis. A partir de juin 1906, la situation ne cessa de s'aggraver. Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents pour arriver à se reproduire tous les jours sans rémission, soit une seule fois, soit trois, quatre fois ou plus; rarement ils suivent immédiatement les ingestions alimentaires, presque toujours ils surviennent une, deux ou trois heures après, mais jamais plus tardivement. Les aliments rejetés sont intacts ou à peine altérés et mélangés de glaires épaisses, filantes, très acides, qui laissent à la malade la bouche et la gorge en feu. Quelquefois, la nuit, elle a des renvois de gaz fétides, à odeur d'œufs pourris ; mais c'est plutôt rare, et les vomissements ne présentent jamais une odeur analogue. La quantité des matières vomies est variable, mais ne dépasse jamais trois quarts de litre ou un litre.

Dans cette dernière période, les douleurs ont changé de caractère : ce sont moins des brûlures que des sensations de plénitude, de tension extrême, d'étouffements, sensations calmées pour un temps par les vomissements.

Comme conséquence de ces vomissements incessants, rebelles à toute espèce de médications (glace, potion de Rivière, chloroforme, etc...), l'amaigrissement et l'affaiblissement font des progrès considérables : en janvier 1907, le poids n'était plus que de 36 kilogrammes. La constipation est extrême, il n'y a qu'une ou deux selles par semaine, et encore à force de lavements; les urines sont rares, la soif intense, le sommeil insuffisant.

Je vois pour la première fois la malade le 19 février 1907.

Sa maigreur est extrême, elle est absolument décharnée, squelettique, mais n'a pas le teint jaune paille. Elle n'a rien de la cachexie

cancéreuse, c'est une inanitiée. Son poids s'est abaissé encore à 34 kilogrammes, ce qui donne une idée de son émaciation, étant donné qu'elle est d'une taille moyenne ($1^{m}60$).

Examen physique. — L'inspection de l'abdomen révèle, au premier coup d'œil, la présence d'une voussure régulière de la paroi abdominale au-dessous du rebord costal gauche, sur la ligne mamelonnaire. La malade connaît bien ce gonflement localisé qui, dit-elle, s'affaisse après les vomissements. Cette voussure est d'autant plus apparente que, dans le reste de son étendue, le ventre est très déprimé : en dedans elle n'atteint pas la ligne médiane, en dehors et en haut se perd sous les côtes, en bas ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Il existe à ce niveau une sonorité à tonalité élevée ; la palpation est douloureuse et réveille la défense du muscle droit. Aussi le clapotement gastrique ne peut-il être recherché par dépression brusque de la paroi, mais la succussion le provoque.

En dehors de cette tuméfaction très limitée, on ne perçoit pas de tumeur proprement dite. Il n'y a de ganglions appréciables ni dans les aines, ni dans les creux sus-claviculaires. Pas d'œdème des jambes ; partout les téguments sont amincis et ridés : sur le ventre, notamment, un pli fait à la peau ne s'efface que lentement.

En présence de ces signes, je conclus à une sténose gastrique et à la nécessité d'une intervention. Mme R... entre à ma clinique le 24 février pour être opérée le 26.

La veille au soir je pratique, avec le tube de Faucher, l'évacuation et le lavage de la cavité gastrique : l'estomac ne contient que des mucosités très épaisses, qui ont peine à revenir par la sonde ; dès qu'une demi-bouteille d'eau de Vichy est versée dans l'estomac, la malade accuse une distension pénible.

Lavement purgatif ; un litre de sérum le matin avant l'opération.

Opération. — Chloroformisateur : Dr Rivet ; aide : M. Jourdin, interne à l'Hôtel-Dieu.

La malade est très légèrement inclinée.

Laparotomie médiane sus-ombilicale dépassant en bas l'ombilic de deux doigts.

Le pylore est d'apparence normale ; il est souple et même flasque, sans aucune adhérence pathologique ; il n'existe à son niveau aucune induration, ni cicatrice. En deçà du pylore l'estomac se présente sous l'aspect d'un canal allongé transversalement, absolument vide et flasque ; mais à part cette modification de forme, il n'offre aucune lésion visible.

Faisant écarter la lèvre gauche de la plaie, je poursuis l'exploration de l'estomac : à une dizaine de centimètres de la ligne médiane, je rencontre une épaisse induration annulaire qui ne se laisse attirer que très peu vers la ligne médiane, parce qu'elle adhère en arrière au pancréas, visible à travers les mésos totalement dépourvus de graisse ; à gauche de cette induration, l'estomac se renfle brusquement en une poche tendue qui remonte sous le diaphragme. Ma main, glissée sous

la paroi, constate que cette poche se moule sous la coupole diaphragmatique et la remplit, sans se développer en aucune façon en bas. A cause de l'adhérence *pancréatique*, il faut rétracter très fortement la paroi pour découvrir une surface restreinte de cette poche cardiaque.

On voit très nettement alors que l'estomac est divisé en deux loges absolument distinctes par un épais sillon induré étendu entre les deux *courbures*, distantes seulement de 3 centimètres; il existe à ce niveau une sténose qui doit être très étroite puisque du côté du pylore l'estomac est vide et flasque, rétracté en forme de canal allongé, tandis que du côté du cardia il se renfle en une poche très tendue, remplissant l'espace sous-diaphragmatique. On ne saurait imaginer une biloculation plus complète.

Je me mets alors en devoir de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure; bien que la brèche du mésocolon soit aussi à gauche que possible, j'atteins difficilement la face postérieure de l'estomac à cause de l'étendue de l'adhérence à la queue du *pancréas*, et la paroi gastrique très tendue ne se laisse pas amener.

Je dois donc renoncer à la gastro-entérostomie postérieure et je ferme la brèche mésocolique par un petit surjet de catgut.

J'écarte aussi l'idée d'une gastro-entérostomie antérieure, et m'arrête à une anastomose des deux poches gastriques. La poche cardiaque se prête peu, mais il n'en est pas de même pour le canal pylorique dont la paroi antérieure se laisse amener au-devant de la sténose.

Deux pinces de Chaput sont placées près des courbures de façon à maintenir les surfaces qui vont être unies par la suture, et un premier surjet séro-séreux est mené, d'une courbure à l'autre, à 2 centimètres environ du fond du sillon invaginé. Puis chaque loge gastrique est ouverte : quelques bulles de gaz s'échappent de la poche gauche.

Deux sutures totales, selon la technique habituelle, ferment la nouvelle bouche; enfin, par-dessus le tout, un double étage de surjet séro-séreux enfouit l'anastomose.

Cette anastomose, perpendiculaire à l'axe de l'estomac, a été faite aussi large que possible, et je répète que les surjets séro-séreux vont d'une courbure à l'autre. Les sutures, au catgut 00, se sont effectuées sans difficultés, sauf qu'à diverses reprises les fils superficiels coupèrent l'étoffe de la poche cardiaque, à cause de sa tension.

L'opération terminée, le sillon strictural disparaît derrière la néostomie; on peut constater également le libre passage des gaz entre les deux moitiés de l'estomac.

La paroi abdominale est suturée en deux plans.

Suites opératoires. — Elles furent extrêmement simples et en tout point satisfaisantes.

La malade n'eut aucun choc, aucune élévation thermique. Depuis l'opération *elle n'a pas vomi*, pas même pendant la période post-anesthésique.

Dès le second jour (28 février), elle commença à prendre du lait, du bouillon, du café; puis l'alimentation fut augmentée chaque jour et continua à être parfaitement supportée. Il est à noter que cette reprise

de l'alimentation ne s'accompagna pas de diarrhée. La constipation persistante nécessita chaque jour une dose d'huile de ricin. Ce n'est qu'au bout d'une quinzaine de jours que les selles se firent spontanément.

Les fils furent enlevés le 8 mars, et la malade fut levée le 12.

Elle quitta la clinique le 17, pesant 40 kilogrammes, c'est-à-dire ayant repris 12 livres. Toute douleur a disparu de même que la voussure épigastrique; les digestions s'effectuent normalement.

Actuellement, juin 1907, elle continue à se bien porter.

Cette observation est intéressante à divers points de vue.

Elle nous montre la LÉSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE de l'estomac biloculaire vrai (1) à son complet développement, lésion très différente de la biloculation de l'estomac d'origine musculaire décrite par les anatomistes (2). Or, si l'on voit un assez grand nombre de cas où l'estomac présente par suite de la rétraction cicatricielle d'un ulcère, attirant les parties vers la petite courbure une encoche plus ou moins profonde au niveau de la grande, il est très rare de voir un étranglement total, allant d'une courbure à l'autre, la sténose étant telle qu'entre la moitié cardiaque et la moitié pylorique il n'y ait qu'un canal transversal, d'un diamètre à peine supérieur à celui du pylore lui-même. Personnellement, nous avons noté plusieurs fois l'existence d'une encoche de la grande courbure correspondant à la rétraction d'un ulcère pylorique ou juxta-pylorique, le plus souvent accompagné d'une sténose pylorique concomitante; trois fois seulement sur plus de 300 interventions opératoires nous avons vu une sténose médiogastrique séparant aussi complètement que chez la malade de notre confrère Tesson l'estomac en deux poches. Il s'agit donc d'un fait rare, méritant d'être publié.

AU POINT DE VUE CLINIQUE, l'histoire de la malade, comme habituellement celle des sténoses pyloriques cicatricielles, se divise en deux périodes : l'une d'ulcère (douleurs et vomissements acides par crises, hématémèse, mélæna), l'autre de sténose (fréquence et constance de vomissements, inanition progressive).

Tout faisait donc penser au cas classique d'une sténose pylorique cicatricielle; c'est, du reste, le diagnostic qu'avait porté M. Tesson chez sa malade. Un seul point aurait peut-être pu mettre l'observateur en éveil : le peu de temps écoulé entre l'ingestion des aliments et le vomissement, une à deux heures, et le caractère des aliments vomis qui revenaient à peine modifiés. Dans un pareil cas, nous croyons qu'un examen complet aurait

(1) V. Perret. L'estomac biloculaire. *Th. de Lyon*, 1896, série 1, n° 1225.

(2) Chabrié. L'estomac biloculaire. *Th. de Toulouse*, 1894.

certainement permis de faire le diagnostic de biloculation gastrique.

Je sais bien que pratiquement la précision d'un pareil diagnostic n'a pas une importance capitale, puisque le seul fait de savoir qu'il existe un obstacle au passage, dans l'intestin, des aliments ingérés, suffit pour commander une intervention chirurgicale et que le diagnostic du siège de l'obstacle peut être complété au cours de l'opération. Je pense néanmoins qu'il est bon de toujours chercher à faire un diagnostic précis avant de prendre le bistouri. Nous ne devons plus, comme il y a quinze à vingt ans, nous contenter de poser l'indication opératoire et dire : on va ouvrir le ventre et aller voir. C'était bon au début de la chirurgie abdominale; aujourd'hui nous devons chercher à faire le diagnostic, je ne dirai pas comme des médecins, mais mieux que des médecins, parce que seuls nous sommes à même de rapprocher immédiatement les lésions des symptômes observés, alors que les médecins ne peuvent avoir la confirmation anatomo-pathologique de leurs diagnostics qu'à la période ultime de la maladie, sur la table d'autopsie.

Il est certain que dans un cas comme celui de M. Tesson, si l'examen de l'estomac avait été fait complètement, le diagnostic aurait pu être précisé avant l'ouverture du ventre.

Je n'insisterai pas sur la gastro-diaphanoscopie qui a permis à Jaworski de faire un diagnostic d'estomac biloculaire (1), ni sur la gastroscopie conseillée par Mikulicz. Ces procédés d'investigation sont peu employés. La radiographie, qui a donné à Lion (2) un excellent résultat dans un cas d'estomac en bissac, et surtout la radioscopie sont déjà d'une application plus courante. Il ne faut toutefois pas attendre de ces procédés plus qu'ils ne peuvent donner. Dans un cas récent que j'ai opéré, mon ami J.-C. Roux avait pratiqué à plusieurs reprises l'examen radioscopique qui toujours avait donné le même résultat : poche à gauche de la ligne médiane descendant presque verticalement en bas, puis

(1) Chez son malade, Jaworski avait d'abord introduit le diaphanoscope jusqu'au niveau de l'arc costal gauche; alors était apparu un espace clair au niveau de l'espace semi-lunaire de Traube et au-dessous des fausses côtes gauches; puis il fit progresser le diaphanoscope qui franchit une résistance sans trop de difficultés; la tache claire supérieure disparut, et l'on vit une grande zone claire au niveau de l'ombilic et au-dessous; remontant un peu le diaphanoscope au niveau de la zone restée obscure entre les deux taches claires, on vit apparaître simultanément les deux taches claires, séparées par une bande obscure large d'environ deux doigts (Jaworski, *Wiener medic. Presse*, 19 décembre 1897).

(2) Lion. *Bulletin de la Soc. médicale des hôpitaux*, Paris, 8 février 1906.

canal transversal sans dilatation aucune; il y avait un bissac, mais dès que le bismuth était arrivé dans la poche pylorique il passait dans l'intestin sans distendre cette seconde poche qui, dès lors, n'apparaissait à l'écran que comme une continuation de la partie rétrécie. Les plus beaux estomacs en bissac que j'ai vus à l'écran, étaient des estomacs simplement ptosés, remplis, suivant le procédé de Leven et Baret, d'une double solution de bismuth, l'une lourde, la solution de bismuth habituelle, l'autre légère, flottante, un mélange de sous-nitrate de bismuth et de lycopode flottant dans l'eau (1). Il y avait à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale un étranglement manifeste. Il suffit, comme nous l'a montré le Dr Baret, avec lequel nous avons pratiqué ces examens, de relever la portion inférieure du ventre et de presser la dilatation inférieure pendant qu'on pratique l'examen pour voir immédiatement le rétrécissement disparaître par suite de l'ascension du liquide qui le dilate.

Ce mode d'exploration est évidemment des plus intéressants; il a l'inconvénient de nécessiter, comme ceux dont nous avons parlé jusqu'ici, l'emploi d'appareils spéciaux.

Bien plus important est, à notre avis, un ensemble de recherches simples, rapides, qu'il y a lieu de faire toutes les fois que l'on doit poser un diagnostic précis, nécessaire pour discuter les indications d'une intervention, et établir en même temps le pronostic non seulement opératoire mais encore thérapeutique. Ce sont ces recherches qui constituent ce que l'on pourrait en quelque sorte appeler l'*examen chirurgical de l'estomac*. Nous les pratiquons systématiquement depuis un grand nombre d'années sur tous les malades qui se soumettent à notre observation; comme nous trouvons qu'elles ne sont pas encore d'une pratique assez courante, nous vous demandons la permission de vous exposer notre manière de procéder, avec la certitude que ceux qui y ont, comme nous, recours, nous approuveront et avec l'espoir que les autres voudront bien essayer de faire ces examens systématiques, puis qu'ils les trouveront si simples, si excellents dans leurs résultats, qu'ils n'hésiteront pas à les adopter.

Après interrogatoire du malade, faisant avec soin préciser le moment d'apparition des douleurs par rapport aux repas, leur durée, les caractères des vomissements, particulièrement au point de vue de la présence du sang, d'aliments ingérés la veille ou l'avant-veille, de leur odeur, de leur goût, nous procédons à l'examen direct de l'estomac.

(1) Leven et Baret. Radioscopie gastrique, technique spéciale et applications cliniques, *La Presse médicale*, Paris, 16 septembre 1905, n° 74.

La simple inspection fait quelquefois constater immédiatement sa forme, son état de distension plus ou moins grande, l'existence d'ondulations péristaltiques.

La palpation permet d'étudier la sensibilité, de percevoir les indurations, les tumeurs existantes; pour en retirer tout ce qu'elle peut donner, il est bon, laissant la main posée bien à plat sur l'épigastre, de faire faire de grandes inspirations, celles-ci arrivant à dégager quelquefois de l'hypocondre des indurations qui viennent passer sous le bout des doigts et dont on étudie les caractères au passage.

La recherche du clapotage ne doit pas être négligée. Au cours de ces diverses explorations, on entendra quelquefois des bruits bullaires, un bruit de glou-glou au niveau du point rétréci, assez intense pour être perçu par le malade lui-même et pouvant être provoqué par la compression successive des deux côtés du ventre. Nous n'avons jamais perçu ces bruits dans des sténoses pyloriques, mais, comme plusieurs observateurs, nous les avons très nettement constatés dans un cas d'estomac en bissac ; c'est ce qui nous engage à en parler ici. Comme on le voit, ce rapide examen a déjà permis d'acquérir un certain nombre de notions. Pour le compléter, il y a lieu de recourir au *cathétérisme de l'estomac*. Celui-ci doit être pratiqué dans des conditions bien déterminées. Pour en tirer tout ce qu'il peut donner, il faut le faire le matin, après quatorze heures de jeûne absolu, ayant fait ingérer la veille au malade quelques aliments faciles à reconnaître après un séjour même prolongé dans l'estomac, des grains de raisin de Corinthe, des pruneaux, ou mieux encore un peu de carotte.

Avec un quelconque des nombreux appareils employés pour évacuer le contenu stomacal (personnellement nous nous servons du dispositif de Soupault), on cherche à extraire le contenu de l'estomac. Si l'on en retire des aliments reconnaissables, c'est qu'il existe un obstacle à leur passage. Les estomacs atones, clapotant, de la dilatation simple se vident lentement, c'est vrai, mais sont toujours vidés après quatorze heures de jeûne absolu.

L'estomac en apparence vidé, la sonde ne ramenant plus rien, on trouverait encore dans quelques cas d'estomac biloculaire un bruit de clapotage, ce que Jaworski appelle l'ectasie paradoxale et ce qui s'expliquerait par ce fait que le liquide restant occupe la poche pylorique dans laquelle la sonde ne pénètre pas (1). Ce ne serait toutefois pas un signe absolu d'estomac en sablier, car il est très difficile de vider complètement un estomac dilaté.

(1) Jaworski. Ectasia ventriculi paradoxa. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1888.

Après avoir vidé l'estomac, il faut le laver; dans le cas d'estomac biloculaire, ce *lavage* fait aussi quelquefois constater des particularités qui éveillent l'attention. Le liquide, après s'être éclairci, redevient tout à coup sale et mêlé de résidus alimentaires. La deuxième poche vient de se vider dans la première, qui seule, jusqu'alors, avait été lavée.

Mentionnons encore ce fait qu'au cours d'un lavage, le liquide disparaît entièrement et ne peut être ramené par le tube, ce qui tient à ce qu'il est passé dans la seconde poche (1).

Le lavage terminé, on profite de la présence de la sonde pour immédiatement *insuffler l'estomac* en se servant d'une soufflerie quelconque, celle d'un thermo-cautère par exemple. Percutant cet estomac insufflé, on apprécie très exactement ses limites et, pour peu qu'on ait eu soin de marquer au crayon dermographique ces limites à mesure qu'on les déterminait, on a sur la paroi abdominale la représentation graphique de la forme extérieure de l'estomac.

Schmid-Monnard (1), Eiselsberg (2), Moynihan, Mayo Robson, ont vu l'insufflation se faire en deux temps, la poche cardiaque étant distendue immédiatement, la pylorique ne se remplissant que peu à peu et secondairement. L'insufflation, on le voit, constitue certainement le moyen le plus simple et le meilleur de faire le diagnostic de l'estomac en bissac.

Il n'est malheureusement pas applicable à tous les cas. Contre-indiqué dans les états douloureux, chez les malades qui saignent, il ne donne pas de résultats assez nets pour permettre de trouver une encoche chez les malades à paroi abdominale épaisse; la petitesse d'une des deux poches, cardiaque ou pylorique, peut empêcher aussi qu'on en constate l'existence. Quelques particularités permettront cependant, souvent même dans ces cas, de songer à l'estomac biloculaire : le fait, par exemple, que le clapotage existe au-dessous de l'ombilic, alors que l'insufflation ne fait constater qu'une saillie émergeant de l'hypocondre gauche, fait en rapport avec une poche cardiaque insufflée, une poche pylorique remplie de liquide. Au dire de Bouveret, la limitation de la zone insufflée à gauche de la ligne médiane, devrait aussi faire penser à l'existence d'une sténose médio-gastrique, le pylore se trouvant toujours à droite; la petitesse de la poche insufflée serait, de même, pour Bouveret, le signe d'une sténose

(1) Schmid-Monnard. Ueber Sanduhrmagen. *Münchener med. Woch.*, 1893, nº 19.

(2) Eiselsberg (Freiherr v.). Zur Casuistik der Sanduhrmagen. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1899, t. LIX, p. 825.

médio-gastrique, les estomacs distendus à la suite de sténoses pyloriques atteignant toujours de grandes dimensions; de même la présence de la tumeur à gauche de la ligne médiane (1).

L'examen chimique d'un repas d'épreuve, rapproché de l'histoire de la maladie, permettra de dire ensuite si la biloculation est due à la rétraction cicatricielle d'un ulcère ou à une tumeur de l'estomac.

J'en ai terminé avec cette étude, peut-être un peu longue, des moyens d'exploration que nous utilisons journellement pour le diagnostic des maladies chirurgicales de l'estomac; j'arrive à la question du CHOIX DE L'OPÉRATION A PRATIQUER.

Diverses interventions ont été préconisées : la gastroplastie, la gastro-gastrostomie, la résection du segment rétréci, la gastro-entérostomie. Aucune de ces opérations ne mérite d'être adoptée à l'exclusion des autres, le choix à faire dépendant de la nature des lésions.

Un premier point doit être spécifié : c'est, dans toutes les interventions, de chercher à *examiner* de visû *la totalité de l'organe*; on découvrira ainsi quelquefois des estomacs en bissac que l'on n'avait pas soupçonnés, d'autant que dans quelques cas la poche pylorique a des dimensions considérables comme l'avait déjà indiqué Wölfler (2). Notre collègue Guinard, en 1900, nous a relaté ici même l'histoire d'un malade chez lequel il avait pratiqué une pyloroplastie et qui a succombé parce que l'opération avait été inutile, le malade ayant un deuxième rétrécissement médio-gastrique (3). J'ai, en 1898, méconnu de même un estomac en sablier et pratiqué sur la poche pylorique une gastro-entérostomie inutile (4). Je crois que de pareilles erreurs ne m'arriveront plus; je pratique aujourd'hui toujours un examen clinique suivant les règles que je vous ai indiquées et j'ai soin au début d'une intervention de toujours explorer aussi complètement que je le puis la totalité de l'estomac. Ces faits méritaient cependant d'être rappelés, les fautes des uns devant servir à l'instruction des autres.

On commencera donc toujours par examiner la totalité de l'estomac et, lorsqu'on aura ainsi reconnu la nature exacte des lésions, on se décidera pour telle ou telle opération.

(1) Baimard. De l'estomac biloculaire et spécialement de son traitement chirurgical. *Thèse de Paris*, 1906-1907, n° 31.

(2) A. Wölfler. Ueber die Gastro-anastomose beim Sanduhrmagen. *Beitr. z. klin. Chir.*, Tübingen, 1895, t. XIII, p. 221.

(3) Guinard. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1900, p. 1125.

(4) L'observation a été publiée *in* Terrier et Hartmann, *Chirurgie de l'estomac*, Paris, 1899, p. 159.

Il est évident que lorsque la biloculation est en rapport avec la présence d'une lésion néoplasique, la résection constitue l'opération de choix. Dans l'estomac biloculaire ordinaire, celui qui résulte de la cicatrisation d'un ulcère, l'opération diffère suivant l'état anatomique des parties. Je ne m'étendrai pas longuement sur le relevé des opérations pratiquées; ceux que la question intéresse le trouveront dans une excellente revue générale de mon ami Monprofit (1).

Je me contenterai de poser en quelques mots l'indication des principaux procédés employés.

Un premier point doit être précisé. L'existence ou la non-existence d'une sténose pylorique concomitante. Il est évident que les opérations qui s'adressent exclusivement au rétrécissement gastrique ne sont applicables qu'aux cas où le pylore est sain. *Lorsque le pylore est rétréci*, il faut recourir à la *gastro-entérostomie*. Cette opération, faite dans les cas d'estomac biloculaire, donne, nous devons le reconnaître, une mortalité considérable, 12 morts sur 78 cas (Monprofit); mais il s'agit là d'une statistique globale, comprenant un grand nombre de cas opérés à une époque où la chirurgie gastrique était à ses débuts, où le chirurgien non prévenu commettait des fautes qu'actuellement il éviterait; 5, peut-être 6 (les détails manquent dans un cas), de ces 12 morts résultaient de ce fait que la gastro-entérostomie portant sur la poche pylorique avait été inutile, le bissac ayant été méconnu par suite d'une exploration incomplète de l'estomac. Une opération conduite suivant les règles que nous avons indiquées il y a quelques instants aurait certainement permis d'éviter ces accidents et la mortalité de ce seul fait aurait été réduite de moitié.

Si l'on remarque en outre que quelques-unes des autres morts dues à des fautes de technique seraient certainement évitées aujourd'hui, on voit que, dans la réalité, la mortalité est minime. La gastro-entérostomie reste donc l'opération indiquée dans tous les cas où il existe en même temps que la sténose médio-gastrique un rétrécissement du pylore.

Lorsque la poche cardiaque est très petite par rapport à la poche pylorique, des liquides peuvent stagner dans cette dernière et il est indiqué de faire une gastro-entérostomie double. C'est ce qu'a dû faire notre collègue Tuffier qui, en 1897, après une gastro-entérostomie sur la poche cardiaque, dut, en présence de nausées persistantes, établir secondairement une deuxième bouche sur la

(1) Monprofit. Chirurgie de l'estomac biloculaire. *Arch. provinciales de chirurgie*, 1906, p. 650 et 720; 1907, p. 35.

poche pylorique; c'est ce qu'ont fait d'emblée et en un seul temps Clément et Monprofit.

Clément, de Fribourg (Suisse), pratique en pareil cas la gastro-entérostomie en Y antérieure, avec abouchement latéral double au niveau de l'estomac; Monprofit fait une opération analogue, implantant le bout jéjunal dans la poche cardiaque et l'anastomosant latéralement à la poche pylorique. Aujourd'hui Monprofit, nous dit qu'il préférerait la gastro-entérostomie par implantation en Y double, mais il n'a pas encore eu, croyons-nous, l'occasion de pratiquer cette opération.

Lorsque le pylore est sain, la discussion se pose entre la gastro-entérostomie qu'on peut encore pratiquer et une série d'autres opérations. Il nous semble évident que si la poche pylorique est petite et la poche cardiaque grande, comme le fait s'est présenté dans un cas que nous avons opéré hier, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut pratiquer une *gastro-entérostomie* sur la poche cardiaque sans tenir aucun compte de la petite poche pylorique qui n'a pas d'importance vu son exiguïté, au point de vue de la digestion gastrique, et dont l'évacuation est, du reste, assurée par le pylore perméable.

Dans les autres cas, faut-il toujours préférer la *gastro-gastrostomie* à la *gastroplastie*, comme semble le dire M. Tesson dans les quelques commentaires dont il fait suivre son observation? Chez sa malade, « la largeur et l'induration de la sténose ne recommandaient pas, écrit-il, la gastroplastie, si toutefois cette opération est jamais recommandable ». Que dans son cas où la sténose était large et indurée la gastro-gastrostomie fût indiquée, nous sommes d'accord avec lui, mais rejeter aussi complètement la gastroplastie nous paraît exagéré. Il suffit de lire le mémoire publié en 1904 par Mayo Robson pour voir les bons résultats qu'on peut obtenir de la gastroplastie. Sur 23 cas il a 11 fois eu recours à la gastroplastie et a obtenu 11 succès (1).

Lorsque la cicatrice est petite et mobile, que les sutures semblent pouvoir être appliquées sans tension, l'opération est des plus simples, comme nous avons pu le constater sur une malade que nous avons opérée le 14 février 1902 et chez laquelle le rétrécissement long de 2 centimètres n'avait que le calibre d'un gros crayon. La gastroplastie a de même été appliquée à des cas d'ulcère adhérant à la paroi abdominale antérieure et déterminant la production d'un bissac. Dans un pareil cas, Moynihan a libéré l'estomac, ce qui a ouvert un trajet fistuleux, qu'il a

(1) Mayo Robson. On hour-glass stomach from a personal experience of 23 operations. *Lancet*, 2 janvier 1902.

fermé en excisant l'ulcère et réunissant suivant le mode habituel de la gastroplastie (1).

La gastro-gastrostomie restera l'opération de choix lorsqu'avec un pylore perméable on a une sténose longue et étroite, une poche cardiaque petite, parce qu'elle ménage mieux la digestion stomacale que la gastro-entérostomie et qu'elle peut alors être pratiquée plus facilement que la gastroplastie qui, pour être exécutée, nécessite une notable étendue de muqueuse saine des deux côtés du rétrécissement.

Plaies de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver. Suture de quatre perforations de l'intestin grêle et d'une perforation utérine. Guérison, par M. le Dr RAOUL BAUDET, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, notre jeune et distingué collègue des hôpitaux vous a présenté récemment une observation portant ce titre, et vous m'avez prié de vous présenter un rapport. Voici d'abord cette observation :

X..., vingt-deux ans, femme de ménage, a cessé d'être réglée le 24 mai 1906 et, depuis ce moment jusqu'au 17 septembre, la grossesse a évolué normalement.

Le 18 septembre, à 1 heure du matin, son mari, maniant imprudemment un revolver chargé à balles de 7 millimètres, fit partir le coup et une balle vint frapper la malade au ventre.

La douleur fut légère, mais une certaine quantité de sang s'écoula par la plaie, et un médecin appelé fit conduire d'urgence la malade à l'hôpital Saint-Antoine.

Je vis la malade cinq heures et demie après l'accident. L'état général était très bon : le facies nullement altéré. La température vaginale à 37°6. Le pouls à 90 degrés. Pas de vomissements.

Le ventre est peu sensible. Il existe une masse épiploïque faisant hernie, dans une plaie très étroite et à bords noirâtres. Cette plaie siège à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et légèrement à droite de la ligne médiane. Tout autour de l'épiploon, il s'écoule de la sérosité sanguinolente.

La toilette du ventre étant faite et la malade endormie, je débride l'orifice de la balle, en réséquant ses bords et en nettoyant le trajet. J'attire à l'extérieur une certaine quantité d'épiploon; je le lie et le résèque en deçà du point étranglé. J'agrandis largement la plaie en

(1) Moynihan. Hour-glass stomach. *The Edinburgh medical journal*, 1902, N. S., t. XI, p. 513.

haut et en bas. Je déterge immédiatement le sang et les caillots, et je constate les faits suivants :

Une anse d'intestin grêle, repliée deux fois sur elle-même, repose sur le fond de l'utérus. Elle porte quatre perforations qui se font face deux à deux au niveau de chaque segment intestinal. Ces plaies sont étroites, à bords noircis et laissant couler, sitôt qu'on les touche, du liquide noirâtre.

L'utérus est gros. Il est à moitié distance environ de l'ombilic et du pubis. Sur la face antérieure, près du fond, existe un orifice, large comme une pièce de 20 centimes, à bords contus et laissant couler un peu de sang.

Je commence d'abord à suturer les perforations intestinales, avec de la soie n° 1. Je ferme chaque perforation par deux plans de suture non perforants et en faisant deux surjets séro-musculeux.

Pour fermer l'orifice utérin, j'ai quelques difficultés. La soie n° 1 déchire les tissus et les tissus déchirés saignent en nappe. Néanmoins, j'arrive à placer trois fils séparés et à obturer la plaie utérine.

J'achève de nettoyer la cavité abdominale qui contient du sang et des caillots. Je relève le fond de l'utérus pour rechercher s'il n'existe pas un autre orifice, déterminé par le projectile. Je ne trouve rien de suspect.

Je mets alors deux drains. Un qui va derrière l'utérus et sort par le milieu de la plaie abdominale, un autre qui sort par la partie supérieure de cette plaie.

Je ferme le ventre par trois plans de sutures. L'opération a duré trois quarts d'heure. Vers 4 heures de l'après-midi, on me rappelle à Saint-Antoine. La malade, me dit-on, continue à saigner. Le pansement est en effet traversé par une abondante quantité de liquide sanguinolent. Néanmoins, le pouls est à 92, très bien frappé; la température à 37°8; le facies est très calme. Aussi, je ne puis admettre qu'il existe une hémorragie. Je crois plutôt qu'une quantité de sérosité péritonéale se mêle à du sang résiduel; mais ne serait-ce que pour évacuer cette sérosité et pour vérifier la solidité de ma suture utérine, sur laquelle j'avais quelque doute, je rouvre la plaie.

Je constate une abondante quantité de sérosité sanguinolente que j'étanche. Elle est déterminée par une compresse que j'avais laissée. Mes sutures intestinales tiennent bon. La plaie utérine est bien fermée, et je suis même frappé de l'état de siccité de cette plaie. Tous les points que mes fils avaient déchiré sont fermés. Il y a déjà un degré de cicatrisation avancé et d'excellent augure. Je relève le fond de l'utérus pour vérifier sa face postérieure. Il n'existe aucune hémorragie.

Je remets de nouveaux drains aux mêmes endroits que précédemment, et je ferme la paroi à trois plans.

Le soir, à minuit, la malade fait une fausse couche. Le fœtus est en bon état et ne présente aucune trace de blessure. Il me paraît âgé de quatre mois environ. Le cordon ni le placenta ne sont blessés, et la balle n'est pas sortie par l'orifice utérin. La malade a été très surveillée et tout ce qui s'est écoulé par le vagin a été conservé et vérifié.

Les suites ont été très bonnes. La malade a eu 39 degrés le soir de sa fausse couche, mais le lendemain matin, la température vaginale est retombée à 37°6.

Les drains ont été rapidement enlevés. L'alimentation demi-solide a été permise dès le septième jour; et le vingt-cinquième jour, la malade sortait de l'hôpital.

Elle est revenue nous voir le 3 novembre, à Bichat. Son état était excellent. Elle ne souffrait pas du ventre. Les règles étaient revenues. Le toucher vaginal ne nous a révélé rien de particulier. Il n'y a pas trace d'éventration.

Cette observation fait le plus grand honneur à l'habileté de notre collègue et mérite d'attirer quelques instants votre attention.

Les plaies de l'utérus gravide par projectile sont peu fréquentes. Les symptômes généraux du début sont d'ordinaire peu marqués quand l'utérus seul est intéressé. Quand ils existent, ceux-ci semblent plutôt en rapport avec des lésions concomitantes portant sur des organes voisins. Dans le cas que notre collègue Albarran nous a présenté en 1895, les signes d'hémorragie interne observés chez sa malade étaient dus à la blessure d'une arcade artérielle mésentérique.

En général, on n'observe que des accidents purement locaux. Plusieurs auteurs insistent sur l'écoulement par la plaie d'une sérosité sanguinolente.

Cet écoulement existait chez la malade de M. Baudet; il était peu abondant, mais d'ordinaire il l'est, au point de faire croire, si ce n'était sa couleur, à une hémorragie véritable.

Dans la plupart des cas, il paraît tenir à l'issue de liquide amniotique teinté de sang.

Parfois, on trouve un fragment d'épiploon faisant hernie dans la plaie.

Il en était ainsi dans un cas de Hays (*New Orleans med. Journal*, 1879) et dans le cas de notre collègue.

Ce signe indique naturellement l'existence de la pénétration abdominale, mais l'écoulement que nous venons de signaler et que quelques auteurs, en particulier Baudet, considèrent, à tort selon moi, comme d'origine péritonéale, constitue, d'après les observations publiées, le seul symptôme de la pénétration utérine.

Que convient-il de faire dans ces cas?

Si l'on vient à consulter les observations anciennes, on constate que cinq fois sur onze on se contenta d'instituer un traitement médical et d'attendre l'accouchement spontané. C'est ainsi que dans un cas publié par Robinson, en 1897, in *the Lancet*, l'accouchement ayant eu lieu (enfant de huit mois) la malade eut une abondante hémorragie par le vagin. L'opérateur introduisit

la main dans l'utérus et sentit nettement une plaie de la paroi antérieure de l'organe. Les membranes engagées dans cette plaie formaient une sorte de bouchon : on les y laissa, puis on enleva le placenta. La balle fut trouvée au milieu des caillots. La malade guérit parfaitement et eut un enfant l'année suivante.

Malgré l'abstention opératoire la guérison survint dans les cinq cas. Il faut néanmoins signaler quelques accidents sérieux.

Une malade de Pernot (*Med. World.*, 1892) présenta des signes de péritonite.

Une autre de Reichard, publiée en 1838, eut de la péritonite localisée. La plaie utérine resta fistuleuse pendant deux ans, et la menstruation se faisait chaque mois par cette plaie.

La malade de Hays eut une péritonite violente.

Ces faits peuvent être intéressants, mais nous ne saurions nous y attarder.

Actuellement, l'intervention est formellement indiquée dans toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen. Or, la possibilité d'une plaie utérine qui ne sera le plus souvent reconnue qu'au cours de l'intervention, doit nous pousser davantage vers l'intervention immédiate.

Elle a l'avantage de nous mettre en présence de toutes les lésions possibles de l'intestin, de l'épiploon, du mésentère et même du foie.

Prichard (*Brit. med. Journ.*, 1896) suture les perforations de l'intestin grêle, mais il méconnaît une plaie du foie, du diaphragme et de la plèvre. Son malade succombe le septième jour.

Albarran, dans son observation déjà citée, trouve 5 plaies de l'intestin grêle et une hernie du cordon blessé à travers la paroi utérine.

Dans le cas de Baudet, il existait 4 perforations du grêle.

Il convient néanmoins de remarquer que dans le cas de plaie de l'utérus gravide, les lésions multiples de l'abdomen sont plutôt rares, puisque, sur 6 cas opérés, trois fois l'utérus seul était atteint.

En résumé, les plaies de l'utérus gravide ne sauraient échapper à la règle commune : il faut, comme dans toutes les plaies de l'abdomen, intervenir de suite et rechercher avec soin les plaies parfois multiples qui accompagnent celles de l'utérus.

Quant à la plaie utérine, que faut-il faire? D'ordinaire, elle est facile à voir et siège presque toujours près du fond.

Mais il faut encore rechercher l'orifice de sortie, et, pour y arriver, il convient de soulever l'utérus, de le ramener doucement en avant et d'explorer sa face postérieure.

Mais l'orifice postérieur n'existe pas toujours et le projectile se perd d'ordinaire dans l'utérus.

Il en était ainsi dans le cas de Baudet.

De même dans un cas de Kehr (*Centrabl. für Chir.*, 1893) et dans un autre de Wrzesniowski (Medycyna, n° 14, 1898), en tout 3 cas sur 6 opérés.

Notre collègue Baudet pense que ces plaies sont justiciables de la suture, et de la suture à un plan, comme l'a conseillé M. Terrier, et c'est ainsi qu'il a guéri sa malade. Dans 4 cas, la suture a également réussi.

Cette méthode de traitement paraît suffire. Ce n'est que dans le cas de plaies multiples que l'indication d'hystérectomie pourrait être faite. Cette opération n'a été pratiquée qu'une seule fois consécutivement à une opération césarienne : le malade succomba

Quelle est aussi la conduite à tenir vis-à-vis du fœtus? Dans la plupart des cas, l'avortement est rapide. Sept fois sur onze il a lieu peu d'heures après l'accident, une seule fois le quatorzième jour. Dans un cas, on n'a pas de renseignement. Deux fois on pratiqua la césarienne.

Or, en présence de cet accident quasi fatal, est-on autorisé à proposer d'une façon systématique l'opération césarienne comme l'ont fait Wrzesniowski et Prichard.

Sans pouvoir vous apporter ici une expérience personnelle qui me fait défaut, je pense qu'on ne peut toutefois admettre sans réserve l'opinion de Baudet, qui déclare inutile de se préoccuper du fœtus.

D'une part, les mères sont exposées à des accidents résultant de l'infection de la cavité utérine. En fait, sur les dix mères de la statistique d'Estor et Puech rapportée par Rebreyend dans sa thèse, quatre ont présenté des accidents d'infection plus ou moins graves.

Quant aux enfants, ou bien ils ne sont pas viables, ou ils sont destinés à mourir de leurs blessures ou de leur expulsion prématurée.

Dans le seul cas de Ruchard, l'enfant survécut à une blessure superficielle de la clavicule.

Dans les cas de Prichard, de Bradley, de Hays et de Rousset, le fœtus et le placenta sont traversés de part en part.

Dans le cas de Pernot, le bras et le menton ont été traversés et l'enfant, quoiqu'à terme, meurt après sa naissance des suites de sa blessure.

Dans celui de Robinson, le fœtus a l'épaule fracassée; dans un autre de Wrzesniowski, il existe une plaie du cœur.

En présence de ces résultats, il peut sembler rationnel de pratiquer une opération susceptible de mettre les mères à l'abri des complications résultant de l'infection de la cavité utérine ?

Je serai d'ailleurs heureux d'avoir sur ce point délicat l'avis éclairé de mes collègues.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Baudet de son intéressante communication.

Présentations de malades.

Tuberculose hypertrophique du cæcum et du côlon ascendant. Résection de la terminaison de l'iléon, du côlon ascendant, de la partie droite du côlon transverse. Fermeture des deux bouts. Iléo-colostomie transverse latérale. Guérison.

M. Henri Hartmann. — H..., quarante-huit ans, entre à l'hôpital parce que, dans ces derniers temps, il a dû interrompre son travail par suite d'une perte progressive des forces et d'un amaigrissement notable.

Ce malade fait remonter le début des accidents à six ou huit mois environ. A cette époque, il a présenté quelques troubles digestifs assez vagues. Les selles devinrent un peu irrégulières, avec alternatives de constipation et de diarrhée; une période de constipation plus prononcée et plus longue fut suivie, il y a six mois environ, d'une diarrhée qui dure encore actuellement. Les selles, au nombre de quatre à cinq par jour, sont ordinairement liquides et renferment assez souvent des glaires. Il est difficile de savoir si le malade a eu ou non du sang dans les selles; celles-ci auraient, à plusieurs reprises, présenté une coloration anormale, marron foncé; une ou deux fois, il y aurait eu des stries sanguinolentes.

Il existe des douleurs assez nettes; elles sont localisées à la portion sous-ombilicale de l'abdomen et affectent presque toujours un trajet transversal, d'une fosse iliaque à l'autre, avec un maximum à droite; c'est une sensation de barre que le malade ressent d'une épine iliaque à l'autre.

Ces douleurs affectent quelques rapports avec la digestion. Dans les premiers temps, elles apparaissaient surtout après les repas et cessaient parfois à la suite de vomissements assez fréquents au début de la maladie. Ces vomissements ont actuellement complètement cessé.

On ne relève aucune crise d'occlusion; jamais il n'y a eu d'arrêt complet des matières, mais parfois les crises douloureuses durent plusieurs jours, accompagnées de l'expulsion quotidienne de selles et de gaz. Pas de ballonnement net, ni diffus, ni localisé; quelquefois seulement, après les repas, sensation de gêne et de pesanteur au niveau de l'épigastre.

Le malade a maigri de 4 kilogrammes en quatre mois, mais il ne tousse pas, il n'a pas de sueurs nocturnes. Rien à relever dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Lui-même, à part une gastrite à l'âge de vingt ans, et une fracture de la rotule traitée à l'hôpital Bichat, n'a jamais été arrêté dans son travail.

État actuel. — Rien à l'inspection; à la percussion, le ventre est partout sonore, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où il existe une légère submatité. L'estomac est dilaté. La palpation du gros intestin le montre souple, sans contracture dans toute son étendue, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où l'on sent une tumeur. Celle-ci a le volume d'une mandarine; elle est dure, assez régulière à la surface, assez bien limitée en bas par un contour arrondi; elle se perd supérieurement en haut dans la profondeur du flanc.

Cette tumeur est mobile dans une certaine mesure. On peut la déplacer en haut et en dedans vers l'ombilic, mais on ne peut l'attirer en bas et l'on réveille ainsi de la douleur. Les mouvements respiratoires ne la modifient en rien.

L'insufflation d'air dans le rectum montre que le côlon transverse est sensiblement abaissé, qu'il passe au niveau de l'ombilic dans sa partie moyenne, sa portion gauche, correspondant à l'angle splénique, restant élevée et en place. De plus, la tumeur disparaît en partie quand le côlon est insufflé; il semble qu'une partie du côlon plein d'air vient s'interposer entre la main et la tumeur, comme si le côlon transverse venait doubler le côlon ascendant et retomber au-devant du cæcum.

Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal. Rien à l'examen des poumons.

Opération, le 6 mai 1907. — Le malade étant endormi, la tumeur semble plus volumineuse; on peut lui faire quitter la fosse iliaque et la porter dans la région para-ombilicale droite, mais il est toujours impossible de la refouler vers le pelvis.

Incision sur le bord externe du grand droit allant de la fosse iliaque au voisinage du rebord costal. Le ventre ouvert, nous voyons que le cæcum et le côlon ont perdu leur apparence normale. A leur place, on trouve une masse cylindroïde, sans bandes longitudinales reconnaissables, informe, rougeâtre, recouverte d'exsudats. Cette masse se continue en bas avec un iléon lui-même épaissi; en haut, l'infiltration se continue sur toute la hauteur du côlon, comprenant même un angle droit, mais allant progressivement en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du cæcum. Dans le méso, on sent des ganglions.

Incision légère du péritoine en dehors du côlon; décollement de celui-ci et de sa lame vasculaire; décollement de la partie terminale du méso-iléon, qui est épaissie et contient des ganglions; section, avec les ciseaux mousses, des adhérences qui relient l'angle du côlon à la face inférieure du foie.

Nous coupons le côlon transverse entre deux pinces à mors élastiques, puis rabattons en dehors du ventre, sur la lèvre droite de la plaie, le côlon ascendant, dont nous sectionnons de haut en bas le méso, lian-

les vaisseaux jusqu'à ce que nous arrivions à l'iléon. Celui-ci est sectionné à son tour et la portion d'intestin malade enlevée.

Fermeture du côlon transverse et de l'iléon par deux plans de suture; anastomose latérale iléo-colique.

La section du méso-côlon est suturée à la fin de l'iléon, de manière à fermer le trou sous-jacent à l'anastomose. Péritonisation du décollement postérieur par une suture en surjet. Drain dans ce décollement devenu sous-péritonéal, sortant à côté d'une mèche de gaze par la plaie antérieure dont le reste est réuni par une suture à deux plans, à points séparés.

Suites opératoires. — Le 8 au soir, une garde-robe spontanée; les jours suivants, un peu de diarrhée, quelques coliques. Le 11, ablation de la mèche; le 12, ablation du drain. Les garde-robes se régularisent. Le 24, cependant, reprise de diarrhée avec un peu de fièvre : 38°5 (la température avait été normale jusque-là); au bout de trois jours, tout rentre dans l'ordre; le malade quitte l'hôpital, guéri, le 10 juin. Nous vous le montrons aujourd'hui revenu de convalescence, en parfait état.

Examen de la pièce opératoire, par M. Okinczic. — L'ensemble de l'intestin réséqué présente une longueur de 45 centimètres, dont 7 pour le côlon transverse, 17 pour le cæcum et le côlon ascendant, 21 pour l'iléon.

La tumeur proprement dite occupe le cæcum, la valvule iléo-cæcale et une portion du côlon ascendant; par tumeur, nous voulons exprimer la sensation macroscopique de tuméfaction que donne l'intestin aux doigts.

La graisse est plus abondante que normalement autour du cæcum; le méso iléo-cæcal, qui est d'ailleurs effacé, est infiltré de graisse. L'ensemble des tissus présente un aspect œdémateux assez marqué, qui donne à la tranche intestinale et aux plis de la muqueuse un aspect de gelée tremblottante assez caractéristique.

Le cæcum surtout est augmenté de volume, et sur son fond, collé à lui en cimier de casque, se trouve l'appendice gros, volumineux et boursouflé.

La pièce est ouverte suivant l'axe de l'intestin. Il semble qu'il y ait là la combinaison des deux processus habituels de la tuberculose hypertrophique; les lésions hypertrophiques sont surtout manifestes au niveau du cæcum; d'autre part, sur toute l'étendue du côlon ascendant, et presque jusqu'à l'angle hépatique, on trouve la muqueuse granuleuse, polypeuse, avec des plis saillants œdématiés et hypertrophiés, modifiés par la formation de petites masses comparables à du frai de grenouille.

La dernière portion de l'iléon est hypertrophiée et œdématiée; elle a un aspect transparent gélatineux, mais sa muqueuse ne présente ni ulcérations, ni végétations polypiformes. Dans le cæco-côlon, il y a deux parties bien différentes. Au niveau du cæcum proprement dit, on trouve un processus ulcéreux plus marqué, *s'arrêtant exactement au bord libre de la valvule iléo-cæcale*, qui forme un bourrelet assez net et festonné. Les lésions se continuent avec les mêmes caractères sur les 5 premiers

centimètres du côlon ascendant; plus haut, les lésions paraissent plus jeunes et se continuent sans limites nettes avec la muqueuse saine du côlon transverse. Dans cette partie, les plis sont gros, hypertrophiés, œdématiés, et présentent sur leur partie saillante des suffusions sanguines, plus marquées par places.

La sous-muqueuse paraît sur la tranche épaissie, blanchâtre et quelque peu fibreuse dans la partie hypertrophiée.

La séreuse est très colorée, présente une vascularisation intense, qui donne à la tumeur une coloration violacée.

Dans la portion de méso réséquée, on trouve des ganglions hypertrophiés.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Lecène, a montré qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses.

Ce cas m'a paru intéressant à cause de l'étendue des lésions, qui vont en diminuant du cæcum au côlon transverse, et de leur limitation exacte aux bords de la valvule iléo-cæcale, deux points sur lesquels nous avons déjà attiré l'attention.

En passant, je vous ferai remarquer que ce malade, que j'ai soigné d'une *fracture de la rotule*, il y a douze ans, par le massage, a toujours bien marché, aussi bien qu'avant l'accident, dit-il, est aussi solide sur une jambe que sur l'autre; il a un cal long de 3 centimètres, flexible; au point de vue plastique, c'est un résultat détestable; au point de vue fonctionnel, c'est un résultat excellent.

Fractures multiples des os de la face, Application d'un appareil spécial pour fractures du maxillaire supérieur.

M. Thiéry. — Je présente au nom de M. le Dr Richer et au mien le malade suivant :

M... (Hippolyte), âgé de douze ans, est renversé le 11 janvier 1907, par une voiture automobile, et traîné pendant un assez long parcours. Il aurait eu, suppose-t-on, le massif facial serré entre la roue d'arrière et le bord du trottoir. L'absence de témoins et le fait que la voiture ne s'est pas arrêtée, ne permettent pas d'établir d'une façon nette et précise comment se sont produites les lésions constatées. Le blessé est amené à l'hôpital en état de shock et de commotion cérébrale, M. Basset, interne de garde, fait alors les constatations suivantes :

Contusions multiples du tronc, mais sans importance. — Ecrasement du maxillaire supérieur droit, avec fracture de l'os ma-

laire ; les téguments sont intacts. — Fracture des os propres du nez, avec chevauchement de l'os gauche ; téguments intacts. — Fracture du cartilage de la cloison à sa partie supérieure. — Plaie par arrachement du cuir chevelu, étendue à toute la région occipito-pariétale. — Pas de fracture de la voûte du crâne.

L'examen buccal révèle :

1° Une large fissure (de 1 centimètre environ), intéressant l'apophyse palatine du maxillaire supérieur droit, et étendue du rebord alvéolaire au palatin, n'intéressant pas le voile du palais. Cette fente paramédiane fait communiquer le sinus maxillaire avec la cavité buccale.

2° Le bord alvéolaire est fracturé ; le trait passe entre la canine et l'incisive latérale.

3° Une fracture du maxillaire inférieur ; le trait est oblique en bas et en dedans, et passe entre l'incisive et la prémolaire du côté droit ; le fragment gauche chevauche et dépasse le fragment droit. La muqueuse buccale est intéressée.

Les soins immédiats consistent en :

Désinfection des cavités nasales par des tampons d'eau oxygénée. — Désinfection de la cavité buccale. — Bandage en fronde, resserrant les mâchoires.

L'état général du blessé ne permettait pas de faire davantage ; car le pronostic est extrêmement grave, et nous pûmes craindre de perdre ce blessé.

Accidents consécutifs. — Impossible de nourrir le malade autrement qu'au biberon. — Troubles de la phonation et de la déglutition. — Reflux fréquent des liquides par le nez. — pas de paralysie du voile. — Enfin, il survint un abcès de la région malaire droite, ayant nécessité l'établissement d'un drainage.

Quelques jours plus tard, après les hautes températures qui nous ont un instant fait craindre pour la vie du petit malade, je fais la suture du maxillaire inférieur. Mais là ne réside pas l'intérêt de l'observation ; car les lésions les plus importantes consistent dans une sorte de désarticulation des maxillaires supérieurs, dont la mobilité est telle qu'il semble qu'on pourrait les extraire par une simple traction avec les doigts.

Je songeai alors à demander à M. le Dr Richer, dentiste de l'hôpital Tenon, de recourir à un appareil de prothèse adapté au traitement des fractures des maxillaires supérieurs. Il s'est produit, en effet, un tassement du massif facial du côté droit, et un retrait de la portion droite de la mâchoire, ayant provoqué le chevauchement du fragment gauche, lequel se trouve (sur la ligne médiane passant entre les deux incisives centrales) sur un plan antérieur de 1 centimètre environ par rapport à la moitié droite.

Quant à l'articulation interdentaire, elle est fort imparfaite, pour plusieurs raisons. D'abord, la douleur et l'état des parties atteintes ne permettent pas de se rendre un compte exact ; en outre les dents sont en pleine période d'évolution. En *haut* nous avons les quatre incisives, les prémolaires et les premières grosses molaires comme dents définitives ; la canine droite est encore temporaire, mais la gauche est à moitié sortie ; les dents de douze ans n'ont pas fait leur apparition. En *bas*, toutes les dents sont définitives, les deux dents de douze ans (secondes grosses molaires) existent ; la première molaire gauche est très cariée et à moitié découronnée. Enfin, la raison principale qui empêche l'articulation des dents entre elles est la hauteur démesurée de l'incisive latérale inférieure droite, qui, en butant contre les dents du haut dans les tentatives d'occlusion de la bouche, ne permet pas le rapprochement des dents de toute la région antérieure. En *réalité*, les dents n'articulent entre elles que dans la région des molaires à droite.

Il y a lieu de signaler également le déchaussement progressif des incisives supérieures, dû vraisemblablement à une ostéo-périostite raréfiante; toute la paroi alvéolaire antérieure arrive ainsi à disparaître, et les dents sont très mobiles.

Les deux maxillaires supérieurs semblent en quelque sorte tomber dans la bouche, comme un lustre mal suspendu. Dans notre pensée, il s'agissait de construire un appareil qui solidarisât le maxillaire inférieur avec les maxillaires supérieurs, afin de maintenir le tout en place, immobilisé jusqu'à consolidation complète.

Avec le concours de M. Smith, le Dr Richer maintint d'abord les maxillaires remis en place sur le même plan, à l'aide de ligatures de soie placées sur les incisives. Ensuite furent prises les empreintes des deux mâchoires, non sans de grandes difficultés, vu l'état de sensibilité extrême de la bouche. Les moulages ainsi obtenus servirent à faire deux petits appareils : celui du bas coiffait les incisives; celui du haut les incisives et les prémolaires de chaque côté; entre les calottes antérieures et latérales, s'étendait une barrette d'or, permettant l'évolution de la canine gauche. et laissant libre à son niveau un espace qui permettait d'alimenter le malade. La partie antérieure présentait, comme en bas, deux petits boutons d'or soudés sur les couronnes qui recouvraient les incisives. Une fois ces petits appareils cimentés en place, on fit articuler le malade du mieux qu'il fut possible, et on relia le tout au moyen de fils de laiton entre-croisés en X autour des boutons, à la façon dont les bateaux parisiens s'amarrent à leurs pontons.

On pensait, au moyen de ce dispositif, que les maxillaires supérieurs, remontés, seraient maintenus en bonne position; mais il n'en fut rien : le poids du maxillaire inférieur fit relâcher les ligatures et abaisser les maxillaires supérieurs; il fallut chercher un autre moyen.

Laissant de côté le maxillaire inférieur, sur le sort duquel la suture osseuse les rassurait, MM. Richer et Smith s'occupèrent exclusivement de chercher à maintenir les maxillaires supérieurs à leur place et dans leurs rapports normaux. Pour cela, ils modifièrent en le complètant l'appareil à pont précédemment décrit, et comportant, comme nous l'avons dit : deux couronnes sur les incisives centrales, et quatre couronnes sur les prémolaires, le tout relié par une barrette passant au devant des incisives latérales et des canines. — De chaque côté, au niveau des prémolaires, fut soudé le long de cette barrette une sorte de crochet en maillechort, se dirigeant d'abord d'arrière en avant jusqu'à la commissure labiale, puis se recourbant en U, et venant s'appliquer, d'avant en arrière, le long de la joue correspondante et terminé par un léger crochet. — Cet appareil avait pour but, une fois cimenté sur les dents correspondant aux couronnes, de maintenir les maxillaires supérieurs dans leurs rapports normaux et d'en empêcher le chevauchement. Il s'agissait en outre de les empêcher de pendre dans la bouche, de les remonter. Pour cela, on appliqua un bandage silicaté, une sorte de fronde, qui au lieu de passer sous le menton, passait en anse verticale autour du crochet parallèle à la joue, tenant le tout suspendu et solidement attaché au massif crânien que couronnent des tours de bande horizontaux formant calotte. Bien entendu, cette calotte fut fenêtrée au niveau des plaies du cuir chevelu, afin d'en permettre le pansement.

L'appareil, ainsi compris, laissait le maxillaire inférieur entièrement libre, et permettait plus facilement l'alimentation. Aussi le petit malade alla-t-il rapidement mieux et reprit bonne mine. Il sortit de l'hôpital le 8 avril, et nous ne l'avons pas perdu de vue depuis.

Vers la fin de mai, l'appareil se décimenta. Nous pûmes constater alors que la pression, portant exclusivement sur des dents monoradiculaires, ces dents, je veux dire les prémolaires, avaient remonté de 2 millimètres, leur bord libre dépassant à peine le niveau de la muqueuse, ainsi qu'il résulte de la comparaison des moulages.

Pour obvier à cet inconvénient, et comme nous jugions utile de remettre encore l'appareil, à cause de la consolidation insuffisante des maxillaires, MM. Richer et Smith ajoutèrent une cou-

ronne sur la première grosse molaire et on réappliqua l'appareil comme précédemment.

Actuellement, on peut constater que les plaies du cuir chevelu sont cicatrisées (depuis le 12 avril); il persiste un peu d'induration à la région malaire droite, consécutive à l'abcès ouvert. Il y a aplatissement de la racine du nez, avec éversement en haut de l'auvent nasal; asymétrie des narines, l'aile droite est attirée en haut et en dehors; il en résulte que l'auvent nasal est plus ouvert à gauche et que l'aile gauche dépasse en bas la droite.

Le maxillaire inférieur est complètement consolidé, et la muqueuse buccale cicatrisée; il persiste à la région sous-maxillaire un trajet fistuleux qui ne tardera pas à s'oblitérer.

Je tiens à insister particulièrement sur ce point que la disjonction et la mobilité des maxillaires supérieurs était telle, que j'eus beaucoup de peine à résister aux sollicitations de mes internes, qui étaient d'avis d'extraire ces maxillaires qu'on eût pu « cueillir » comme une molaire et dont la nécrose me paraissait probable. Ce n'est que grâce à l'ingénieux appareil de MM. Richer et Ch.-E. Smith, et grâce aussi aux soins minutieux qu'ils ont apportés à son application et à son maintien, que le jeune M... a pu guérir avec un minimum de difformité et en conservant la totalité du squelette du massif facial. Il est, en somme, peu défiguré.

Présentations de pièces.

Cultures de Sporothrix.

M. Demoulin. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, des cultures, sur des milieux appropriés, de *sporothrix*, provenant de lésions du bras et de l'avant-bras droits, d'un homme de soixante-quatre ans, lésions pour lesquelles le diagnostic ne semblait pouvoir être discuté, qu'entre la syphilis tertiaire et la tuberculose.

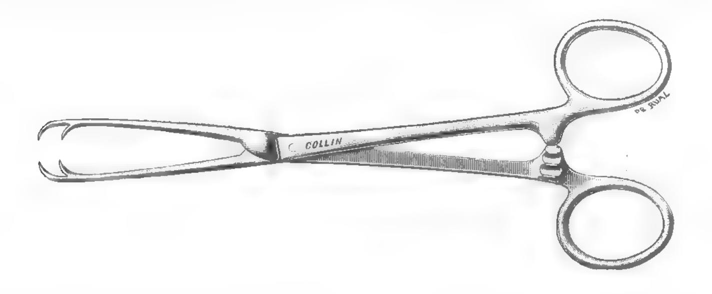
Néanmoins, le tableau clinique n'était pas absolument net. L'une des lésions du bras (elles étaient au nombre de trois), absolument analogue à une gomme sous-cutanée, sans altération de la peau, fut prélevée, pour examen histologique et bactériologique. Cet examen montra des lésions d'inflammation banale, l'absence de toute lésion tuberculeuse, et, la présence du *sporothrix*. Comme il s'agit là, d'une lésion fort rare et que le cas de sporothricose que je rapporte actuellement, n'est, je crois, que le neuvième observé

en France, j'ai pensé devoir vous présenter ces cultures, demandant à la Société de bien vouloir m'autoriser à apporter, ici, un peu plus tard, la partie clinique de cette observation, dont la partie histologique et mycologique, due à M. Rubens Duval, sera publiée, ultérieurement, par ses soins.

Présentation d'instrument.

Pince à langue et tracteurs à griffes superposées.

M. MORESTIN. — La plupart des pinces couramment usitées pour saisir et maintenir la langue pendant les opérations ont pour principal inconvénient d'être trop volumineuses. Leur maniement en est difficile, et leur introduction entre les mâchoires est souvent malaisée.



J'en ai fait construire une qui depuis plusieurs années me donne toute satisfaction. Mon instrument présente sur chaque branche deux griffes superposées. Très mince il se glisse toujours sans peine entre les arcades dentaires. La prise est solide et les dents sont assez délicates pour ne causer à la langue aucun dommage.

J'ai fait construire sur le même type toute une série de tracteurs à griffes superposées, rejoignant la branche principale à angle droit ou suivant une légère courbe. Ils me sont très utiles dans l'extirpation des tumeurs, dans la pratique de l'hystérectomie abdominale et surtout de la vaginale.

M. J.-L. FAURE. — Je connais depuis longtemps les pinces de Morestin. Je me sers de sa pince à langue, qui est excellente, et

peut être facilement insinuée entre les dents, tout en permettant une prise sérieuse de la langue.

De même les longues pinces de même modèle sont fort commodes au cours de l'hystérectomie vaginale dans les cas si fréquents où l'on a fort peu de place pour manœuvrer au fond du vagin. La présence des deux dents permet cependant une bonne prise et presque aussi solide que celle d'une pince de Museux commune.

Election.

Commission pour l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

MM. Bazy	27	voix
Jalaguier	27	—
Mauclaire	26	—

Sont élus membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Une observation du Dr Mesley (de Gijon) intitulée : *Un fait de prostatectomie transvésicale en deux temps.*

Renvoyée à une Commission, dont M. Legueu est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des néostomies urétérales.

M. Legueu. — Dans son intéressant rapport, mon ami Delbet a touché plusieurs points qui ont trait aux résultats des néostomies urétérales inférieures, et je veux à ce point de vue présenter quelques réflexions.

Trois influences principales sont de nature à agir sur le résultat

éloigné de ces opérations : le milieu, l'état de l'uretère et la technique opératoire.

Je ne crois pas plus que Delbet à l'influence du milieu : à ce point de vue, il est possible qu'à la longue l'abouchement dans l'intestin soit moins favorable que l'abouchement dans la vessie, mais, même avec l'intestin, on voit des infections rénales s'améliorer à la longue ; il en fut ainsi dans une des opérations de Delbet. Cela n'arriverait pas si l'influence de l'intestin était si pernicieuse qu'on l'a dit.

L'état de l'uretère peut être de nature à exercer une influence plus importante sur le résultat éloigné de l'opération ; à ce point de vue cependant, il n'est pas une grande différence entre ces uretères sains qu'on abouche parce qu'ils ont été coupés au cours d'une opération chirurgicale et ces uretères altérés, dilatés et infectés qui représentent la grande majorité des uretères dont on est appelé à faire l'abouchement. Même avec ceux-là on peut avoir des résultats parfaits, et on voit le rein bénéficier ultérieurement de la néostomie bien faite et perdre l'infection dont il était porteur.

Je crois donc que c'est la technique, ou si l'on veut la difficulté de la technique, qui est le facteur principal des inégalités constatées entre les résultats. Une technique imparfaite, une implantation inexacte des muqueuses, une traction trop sévère exercée sur les conduits, et voici les raisons d'une désunion immédiate et partielle, d'une cicatrisation mauvaise et d'un rétrécissement ultérieur.

La sonde à demeure me semble également très mauvaise et de nature à étendre l'infection jusqu'au rein.

Aussi bien me paraît-il nécessaire de se défier des résultats de ces néostomies dans lesquelles la cicatrisation s'est faite secondaire, après fistule. J'ai trouvé une fois l'uretère retiré loin de la vessie et les deux organes séparés par un conduit canaliculé qui ne permettait qu'un fonctionnement très imparfait.

Il faut d'autant plus s'en défier que la clinique est à elle seule impuissante à nous donner une idée exacte du fonctionnement de ces néostomies. En se basant sur elle seule, on est appelé à croire bonnes des néostomies qui seront plus tard vérifiées à l'autopsie absolument défectueuses.

M. Bazy disait l'année dernière, page 667, que « la cessation des accidents immédiatement après l'opération, impliquait l'idée du rétablissement de la circulation urinaire aussi complet et aussi parfait que possible ».

Voici une observation qui démontre le contraire :

Il s'agit d'une femme atteinte de cancer de la vessie, que j'opérai en octobre 1903 à Necker : je résèque la moitié droite de la vessie ; l'uretère voisin du point d'implantation de la tumeur est lésé et un rétrécissement se forme. Quelques jours après apparaissent des crises douloureuses et fébriles dans le rein droit.

En mars 1904 j'opère à nouveau, je reconnais le rétrécissement de l'uretère : je pratique l'urétéro-cysto-néostomie extra-péritonéale, et la malade guérit non sans une fistule hypogastrique de quelque durée. J'oubliais de dire que j'avais en même temps enlevé une récidive de la tumeur vésicale. La malade guérit, et pendant trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mars 1907, où elle est morte, elle n'a jamais eu à souffrir de son rein droit. Ses crises ont disparu le jour de l'opération et ne se sont plus jamais reproduites depuis lors. Elle est morte de récidive de sa tumeur, de récidive du côté gauche, et le rein gauche fut à la fin de la vie distendu et douloureux. J'avais donc des raisons de penser ici que le rein droit fonctionnait bien. Or, à l'autopsie, j'ai trouvé ce rein absolument atrophié, transformé presque en tissus fibreux avec quelques petits foyers miliaires autour de quelques glomérules à peine reconnaissables. L'uretère était à son embouchure dans la vessie très rétréci, mais non imperméable. Les conditions de ce méat ne lui permettaient pas d'assurer régulièrement l'évacuation du rein et celui-ci a continué à mourir de distension, de sclérose et d'infection, alors qu'aucune manifestation clinique ne devait traduire cette évolution.

Cette observation montre donc que la valeur de ces méats ne peut être appréciée qu'au cathétérisme de l'uretère ; cette exploration seule nous permettra de différencier les bons et les mauvais ; et pour tous les autres, pour ceux qui ne peuvent être soumis à cette exploration, nous ferons bien de rester dans une sage réserve quand il s'agira d'apprécier leur valeur et leur fonctionnement.

C'est avec le cathétérisme de l'uretère que j'ai pu vérifier ce résultat parfait d'une urétéro-cysto-néostomie, que je vous ai présentée l'année dernière (1).

Implantation des uretères dans l'intestin.

M. Bazy. — Je serai bref, car je vois que nous sommes d'accord, MM. Delbet, Legueu et moi, sur les grandes lignes de ces questions de néostomies urétérales.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1906, p. 666.

Nous avons tous vu des résultats très bons des abouchements urétéraux.

M. Legueu vient de nous citer un fait dans lequel il voit la preuve que l'absence de signes cliniques du côté du rein ne prouve pas que le rein ne fonctionne pas.

Mais pour pouvoir dire que le rein s'est atrophié en silence, il faudrait savoir dans quel état se trouvait le rein au moment où il a fait la néostomie, après toutes les crises qu'a eues la malade. Il est possible, mais je n'en sais rien, moi non plus, que le rein fût déjà perdu au moment de cette intervention.

Comme M. Legueu, je crois que le bon fonctionnement de la néostomie est une question de technique.

Il faut faire la suture muqueuse à muqueuse et je fais la suture à points séparés.

Contrairement à la pratique de M. Legueu, pour prévenir les filtrations dont il a parlé et que j'ai vues aussi, je prends une sonde urétérale, mais je la mets assez grosse pour que l'urine puisse s'écouler facilement, et, dans un cas récent que j'ai opéré en présence de M. le professeur Berger, j'ai mis une sonde en gomme n° 14.

Et dans ce cas, j'ai pu constater un fait intéressant mais bien connu.

Il s'agissait d'une urétéro-cysto-néostomie pour fistule urétéro-vaginale.

Avant l'intervention, on avait fait plusieurs analyses comparatives de l'urine rendue par le vagin et de celle rendue par la vessie; l'urée de l'urine vaginale était le tiers de l'urée rendue par la vessie.

Or, après l'opération, pendant les trois jours que la malade a conservé la sonde urétérale, le rein du côté opéré a sécrété autant d'urée que le rein opposé, le rein sain.

Drainage des voies biliaires.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion, cette année, de pratiquer un drainage du canal hépatique qui a présenté quelques particularités me paraissant dignes d'intérêt; le voici :

En février 1907, mon collègue et ami Labadie-Lagrave m'adressa, sans l'avoir vue, une compatriote qu'on lui avait dit atteinte d'une attaque aiguë d'appendicite.

Le 17 février, elle avait été prise brusquement de douleurs dans

la fosse iliaque droite et de vomissements. Jamais elle n'avait été malade auparavant.

A son entrée, elle avait 39°5, le pouls rapide; elle était très anxieuse, le ventre était ballonné, et le maximum de douleurs et de défense musculaire était bien à droite, mais plus haut que dans l'appendicite; la fosse iliaque me paraissait relativement libre.

L'urine était rare, il n'y avait pas eu de selles depuis quatre jours, date du début de sa maladie.

Je la mis à la diète, au repos, à la glace; pendant une dizaine de jours, l'état fébrile persista d'abord, puis s'atténua, et peu à peu je pus arriver à diagnostiquer une cholécystite.

Le 21 mars, elle était apyrétique, et on sentait nettement une énorme vésicule douloureuse. Je pratiquai une laparotomie latérale avec un trait oblique; par le bas de cette incision, j'enlevai l'appendice, qui était rouge et plein de fèces durcies. Je cautérisai le moignon, qui fut ensuite enfoui par quelques points de Lembert.

Je ponctionnai la vésicule, d'où je tirai 370 grammes de pus noirâtre, puis j'isolai cette vésicule; j'arrivai au cystique, qui n'était plus qu'un tractus fibreux; je le liai et le coupai.

J'explorai ensuite les voies biliaires, très visibles, car, contrairement à ce que j'ai vu jusqu'ici, il y avait peu ou fort peu de fausses membranes.

Il y avait un calcul assez loin dans le cholédoque: je le fis remonter et, incisant le cholédoque très près de l'hépatique, je pus extraire le calcul.

Une sonde plongée dans ce cholédoque arriva à coup sûr dans l'intestin.

A cause de la fièvre qu'elle avait eue, à cause du pus trouvé dans la vésicule et du calcul du cholédoque, je crus devoir drainer l'hépatique, ouvert du reste, et j'y plaçai un drain avec siphon; en dessous du drain, je plaçai comme d'habitude un épais toit de compresses et je refermai le ventre.

J'enlevai le drain dix jours après, puis quelques jours plus tard les mèches.

Le 5 avril, elle sortait avec encore une fistule qui donnait un peu de bile; le 20, tout était fermé.

Le 3 juin, elle revint, ayant senti dans la nuit une vive douleur; son bandage de corps, qui lui servait à contenir sa cicatrice, était imprégné de bile.

Une fistule biliaire s'établit à nouveau.

Le 15 juin, tout était fini; elle va très bien depuis.

C'est la seconde fois que j'observe ainsi une sorte de rupture secondaire des voies biliaires ouvertes et cicatrisées.

Du drainage des voies biliaires dans la rétention biliaire calculeuse ou non calculeuse.

M. Bazy. — Je ne m'occuperai dans cette communication que des cas de drainage vrai des voies biliaires nécessité par l'infection ou par la rétention biliaire avec ictère.

Que cette rétention soit d'origine calculeuse ou non, négligeant les cas d'ablation de la vésicule calculeuse ou non, je laisserai donc de côté les cas de cholécystectomie où l'ablation de la vésicule biliaire a suffi.

J'ai à vous apporter un certain nombre de faits inédits.

Obs. I. — *Calcul du cholédoque. Ictère par rétention. Angiocholite. Ablation du calcul. Drainage. Mort.*

Le premier fait a trait à un homme de cinquante-cinq ans que j'ai vu en consultation avec le Dr Ramond qui l'avait soigné et avait conclu à la nécessité d'une intervention. M. Fernet appelé en consultation avait été absolument du même avis.

La rétention biliaire était absolue ; il y avait de la fièvre et tout le cortège de l'angiocholite avec rétention infectée.

Incision droite parallèle au bord externe du muscle grand droit.

Je trouvai et enlevai un calcul du cholédoque ou de l'hépatique du volume d'une petite noisette.

Particularité intéressante et qui est bien connue : la bile n'a pas coulé tout de suite et n'a coulé que le lendemain assez abondamment.

La suture du canal ne fut pas faite, cela se comprend.

Malheureusement l'infection était trop profonde et la maladie ne fut pas influencée par l'opération. Le malade succomba après quatre jours, sans qu'on pût invoquer d'autre cause que l'infection biliaire.

Cela se passait il y a six ans.

Obs. II. — *Angiocholite avec périangiocholite. Abcès de la paroi abdominale. Drainage de la voie biliaire principale. Guérison.*

Je fus appelé le 3 avril 1906 à voir Mme M..., âgée de quarante-deux ans, qui, depuis la fin décembre, était atteinte d'ictère avec fièvre, c'est-à-dire d'angiocholite avec rétention.

Elle avait été vue en même temps que par son médecin ordinaire par plusieurs de nos collègues, médecins des hôpitaux, qui n'avaient pas cru devoir proposer une intervention, malgré des poussées fébriles allant jusqu'à 39-39°5 et qui duraient dix à douze jours, pour reparaître après une accalmie relative de quelques jours, pendant lesquels, cependant, la fièvre ne tombait pas complètement.

Pendant tout ce temps la rétention biliaire avait été absolue ; ce n'est que depuis quinze jours qu'elle avait de temps en temps, et sans

que son ictère ait diminué, des matières fécales colorées, mais assez faiblement.

Avec cela, inappétence absolue, dégoût pour les aliments, nausées, vomissements.

Quand je la vis, elle était verte, mais vert bouteille, très amaigrie et très découragée, et supportant mal la perspective d'une opération que la présence d'un chirurgien lui faisait prévoir.

En la découvrant, je vis toute la région de l'hypocondre droit et en partie l'épigastre occupé par un empâtement qui avait l'étendue de la paume de la main.

La peau était œdémateuse ; à ce niveau la région est douloureuse à la pression. Il n'y avait pas de doute que l'infection n'eût franchi les parois des voies biliaires et n'eût envahi la paroi abdominale extérieure.

Je jugeai qu'il n'y avait pas lieu d'attendre plus longtemps et je proposai une intervention qui fut acceptée facilement par la famille, avec moins d'empressement par la malade.

Je fis cette opération le 8 avril 1906.

Incision sur un point ramolli de la tuméfaction situé presque sur la ligne médiane et à 3 centimètres de l'appendice xiphoïde et que je prolongeai en forme d'incision de Kehr.

J'ouvre un premier abcès sous-cutané au niveau de ce point ramolli.

L'extrémité inférieure de l'incision correspond à un point où il n'existe pas d'adhérences entre la vésicule et la paroi.

Le péritoine est protégé par des compresses tassées.

Les rapports des organes sont singulièrement modifiés et il est difficile de se reconnaître, mais, en comprimant la paroi abdominale, je fais sourdre par le fond de l'abcès un liquide mi-partie biliaire, mi-partie purulent. J'introduis une sonde cannelée dans cet orifice. Par cette sonde cannelée, j'incise le muscle droit, puis je tombe dans une petite poche à parois tomenteuses pouvant loger le petit doigt et contenant des grains biliaires. Cela me parut être, en raison de sa situation, la vésicule biliaire ; je tâchai de me guider vers elle pour arriver jusqu'aux voies biliaires principales.

Mais le canal cystique était oblitéré et c'est en suivant un cordon qui le représentait que j'arrivai plus profondément.

Là, je commençai à ne voir plus clair, tout étant confondu dans un tissu fibreux.

Néanmoins, en allant avec précaution, je vis sourdre de la bile qui me parut provenir du canal hépatique par un orifice ; je mis un stylet dans cet orifice, l'agrandis, et me trouvai dans un canal. Après résection partielle de la vésicule, je plaçai un tube destiné à recueillir la bile pour l'empêcher de souiller le pansement.

Fermeture de la paroi en deux plans, fermeture aussi hermétiquement que possible de la cavité péritonéale.

Les suites furent apyrétiques.

La bile continua à passer par l'intestin pendant six jours, puis les matières furent décolorées ; toute la bile passait par le tube, qui la conduisait dans un récipient. Cela dura ainsi pendant deux mois ; au

bout de deux mois, la bile recommença à couler dans l'intestin, mais une grande partie coulait encore par le tube.

De temps en temps se produisirent des phénomènes de rétention biliaire tenant à ce que le tube, quand on le retirait, n'était pas enfoncé aussi profondément quand on le replaçait, et cela nécessitait le placement d'un laminaire; il y eut aussi trois accès de fièvre en juin et juillet. Vers la fin d'août la bile paraissait bien couler dans l'intestin : il s'en écoulait très peu par le tube. La malade était à la campagne, me tenant au courant de la situation; je donnai le conseil de laisser encore le tube pendant une dizaine de jours, pendant lesquels il ne passa rien. Puis il fut enlevé; la fistule se ferma rapidement.

Depuis ce moment, plus rien ne s'est produit; il y a près de quinze mois que l'opération est faite et il y a dix mois que la fermeture est complète.

La santé générale est excellente depuis ce moment.

Voilà un cas correspondant à ceux auxquels M. Terrier faisait allusion, dans lequel les voies biliaires étaient rétrécies par l'inflammation et dans lequel l'opération a été laborieuse.

En voici un autre plus complexe encore dans lequel il n'y avait pas seulement rétrécissement, mais oblitération des voies biliaires avec *formation kystique* dans un point de ces voies biliaires.

Obs. III. — *Ictère par rétention angiocholite adhésive et oblitérante. Guérison temporaire. Mort par angiocholite infectieuse secondaire.*

M... V... est âgé de cinquante-sept ans. Le début des accidents remonterait à mai 1905 : maux de tête et d'estomac, manque d'appétit, faiblesse très grande. Le régime du lait et des œufs remet le malade.

En août 1905, douleurs intestinales intolérables qui firent croire à un empoisonnement par les huîtres que le malade avait mangées, étant au bord de la mer; le malade se mit au lait et tout rentra dans l'ordre.

Mais un mois et demi après, vers le 15 septembre, nouvelles douleurs en ceinture avec vomissements aqueux, sueurs froides pendant sept à huit minutes. Ces accidents se renouvelèrent à la même heure (4 heures de l'après-midi) pendant cinq jours; le lit et le régime lacté jusqu'au mois de janvier déterminèrent une amélioration notable : il persistait toutefois du malaise et de l'affaiblissement musculaire et de la volonté.

En juin 1906, nouvelle crise moins forte que l'on diagnostiqua crise de colique hépatique.

Au mois d'août, étant au bord de la mer, il survint des démangeaisons sur tout le corps avec dégoût de la nourriture; les urines étaient très chargées et troubles, les démangeaisons ne firent qu'augmenter; le malade rentra à Paris le 22 août, et ce n'est que ce jour-là, dit-il, qu'on s'aperçut qu'il avait la jaunisse, et en même temps on constata que les selles étaient complètement blanches.

Malgré purgations à l'huile de ricin, au calomel, malgré lavements froids, la jaunisse persista, mais surtout les démangeaisons qui étaient vraiment intolérables et insupportables.

C'est alors que je fus appelé à voir le malade.

Il est très maigre : aussi l'exploration de la région de l'hypocondre et de l'épigastre est très facile : cela me permit de constater qu'il n'y avait pas de dilatation de la vésicule ni de tumeur, de sorte que je pensai à un calcul du cholédoque, et proposai l'intervention, qui fut acceptée immédiatement.

Elle fut faite le 24 septembre 1906 avec l'assistance de Deschamps, mon assistant, et de mon interne L. Bazy.

Incision de Kehr. Il n'existe pas d'adhérences superficielles.

Je vais directement sur la vésicule ; elle est vide, ratatinée et à peine épaissie; je l'incise, et je trouve dans son intérieur une substance formée par une substance jaunâtre analogue à la pâte de guimauve, qui se laisse étirer comme elle et qui paraît adhérer au col de la vésicule.

Je continue à inciser cette vésicule pour, me guidant sur le canal cystique, arriver jusqu'au cholédoque et à l'hépatique; mais, au lieu de trouver le canal cystique, je tombe sur un cul-de-sac qui est continué par un cordon fibreux, très mince et qui ne peut servir de guide.

Je suis obligé de chercher alors dans la direction du cholédoque et, après avoir rompu très prudemment des adhérences, je trouve une espèce de boudin un peu bombé, du volume du doigt, un peu ferme, à parois minces, de teinte bleuâtre, paraissant par conséquent contenir du liquide; je le ponctionne : il s'en écoule un liquide citrin transparent, dont l'analyse, faite par mon interne en pharmacie Lasne, donne les résultats suivants :

Le liquide a été recueilli par des compresses aseptiques qui ont été mises tout de suite dans un récipient sec, et bien fermé.

Ces compresses ont été confiées à M. Lasne, qui m'a remis la note suivante :

Le pansement sur lequel avait été recueilli le liquide est traité par 50 centimètres cubes d'eau bouillante. Le liquide obtenu présente une teinte verte qui diminue un peu d'intensité au bout de quelques jours.

Le liquide analysé a donné :

Volume	60 centimètres cubes.
Réaction.	légèrement alcaline.
Odeur	légèrement fétide.
Aspect.	un peu trouble, léger dépôt.
Chlorure (par litre).	1,90
Phosphate.	3,70

Pigments biliaires, presque exclusivement formés par de la biliverdine qui existe en grande quantité.

Dépôt. Est constitué par quelques cristaux de cholestérine et quelques globules de sang.

J'ouvre cette poche longue de 4 centimètres environ sur toute la longueur, j'effondre un peu son extrémité hépatique avec la sonde cannelée, il ne sort rien; je me dirige vers le bout attenant au duodénum que j'explore et où il existe peut-être une induration. Je veux introduire une sonde et un stylet : rien ne passe; j'incise alors le

pancréas sur le prolongement de ce boudin que je viens d'ouvrir : j'ai une hémorragie causée par la section d'une artériole; je place une pince, puis je veux continuer l'incision, et l'hémorragie augmente; je place une deuxième pince : il ne se fait plus qu'un petit suintement en nappe. Je juge bon d'arrêter nos recherches; je fais un tamponnement à cause des pinces et je ferme, laissant deux pinces à demeure et un tampon; et un drain dans la gouttière que formait le boudin que j'avais ouvert.

Les suites opératoires furent très bonnes.

Le lendemain, j'enlevai pinces et mèche; le pansement était souillé de bile.

Il en fut ainsi pendant quelque temps, les drains n'occupant pas toute l'étendue de la plaie laissée par l'ablation de la mèche et des pinces. Puis bientôt on put recueillir toute la bile par le tube laissé à demeure.

Pendant quatre mois, tout alla très bien, le malade ne se préoccupant plus que du moment où il pourrait enlever son tube et faire passer sa bile par l'intestin.

Comme on devait s'y attendre, jusque-là, les matières fécales étaient décolorées.

Dans le courant de janvier, le malade fut pris de douleurs très violentes à l'épigastre avec crises de vomissements et fièvre.

Ces accidents coïncidaient avec une diminution et un arrêt momentané dans l'écoulement de la bile.

La dilatation du trajet avec une tige de laminaire permettant d'enfoncer le drain à une profondeur convenable remettait les choses en l'état; mais le drain sortait assez facilement et n'était pas toujours remis par la femme du malade dans la position voulue, quoique les pansements fussent faits avec beaucoup de soins; il en est résulté que les accès douloureux et fébriles se sont répétés : d'autre part, en dehors de ces crises le malade avait de temps en temps des douleurs épigastriques assez violentes : tout cela contribuait beaucoup à affaiblir le malade.

Voyant que la dilatation avec les tiges de laminaire ne pouvait être maintenue, que la rétention biliaire se reproduisait et tendait à devenir continue, en même temps que la fièvre, je décidai d'intervenir pour ouvrir le trajet. Malheureusement, on tergiversa avant de se soumettre à l'intervention et quand je la fis, le 23 février dernier, le malade était bien bas : je me contentai d'une bouffée de chloroforme pour ouvrir profondément le trajet; sous le coup de bistouri, il s'écoula un flot de bile; je bornai là mon intervention; le malade était à bout : il mourut dans la journée.

Je me suis demandé si, malgré les apparences, le malade n'avait pas un cancer du pancréas : les violentes douleurs qu'il avait, indépendantes des crises de rétention biliaire, l'affaiblissement rapide dont il fut atteint dans les derniers jours, plaideraient en faveur de cette hypothèse.

Voilà deux cas qui correspondent à ceux que M. Terrier signalait et dans lesquels le rétrécissement des voies biliaires rend l'opération délicate. Dans le premier cas, il y avait rétrécissement des voies biliaires ; ici, ce rétrécissement allait jusqu'à l'oblitération partielle et multiple de ces voies.

Obs. IV. — *Ictère par rétention. Calcul du cholédoque. Ablation. Cholécystectomie. Guérison.*

Je n'insisterai pas longtemps sur une observation que j'ai résumée à propos de la présentation d'un calcul du cholédoque que j'ai faite dans la séance du 13 mars dernier.

La malade au moment de la présentation se portait très bien ; je l'ai revue depuis : tous les troubles gastriques qu'elle présentait ont *complètement* disparu et sa santé est parfaite actuellement.

Un dernier cas a trait à une femme que je viens d'opérer dans mon service d'hôpital, il y a cinq jours.

Obs. V. — *Ictère avec angiocholite. Drainage par la vésicule. Cholédocotomie secondaire. Ablation d'un calcul. Guérison opératoire. Malade encore en traitement.*

Victorine D..., femme C..., qui m'avait été envoyée par mon collègue et ami Lacombe au mois de janvier dernier avec le diagnostic d'angiocholite infectieuse. Elle était dans un état tel que, ne pouvant faire l'opération, je priai mon interne David de la pratiquer séance tenante et en se bornant au strict nécessaire. C'est ce qu'il fit avec le concours de son collègue Louis Bazy.

Ils se bornèrent à ouvrir la vésicule et à établir un drainage. Ce fut l'affaire de quelques minutes. La malade fut immédiatement reportée dans son lit, où elle reçut des injections de sérum à haute dose.

Voici la relation de cette opération.

Cholécystostomie pour angiocholite.—Incision sur le bord externe droit, un peu bas située à cause du volume du foie qui déborde d'une façon notable les fausses côtes; on refoule en bas les anses intestinales, on relève le foie, il est facile en détruisant quelques adhérences d'arriver jusqu'à la vésicule qui est plus petite que normalement, ses parois sont épaissies et friables. On ouvre la vésicule, il s'écoule de la boue biliaire ; on ne sent pas de calculs avec les doigts introduits dans son intérieur. On n'explore pas les voies biliaires, l'état grave de la malade ne permettant pas une opération de longue durée.

Fixation de la vésicule à la paroi. — On fixe tout autour l'épiploon pour protéger la cavité péritonéale. On met un drain et on suture la paroi.

Stovaïne, puis chloroforme.

Elle se remit lentement, mais enfin put se remettre suffisamment pour rentrer chez elle ; mais elle perdait constamment sa

bile par la fistule biliaire. Le tube qui la recueillait était sorti, le trajet s'était rétréci et elle n'avait pas pu le rentrer.

Elle vint nous demander de la débarrasser de son infirmité la semaine dernière. Au moment de son entrée, la fistule fonctionnait mal et elle avait un léger ictère.

Je crus ne pas pouvoir lui refuser plus longtemps l'intervention et voici la relation de cette opération :

Cholédocotomie secondaire (*Voir première opération*). — Incision partant de 3 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde et venant contourner la fistule biliaire résultant de la première opération, se prolongeant un peu au-dessous de cette fistule.

A peine les muscles sont-ils incisés, que l'on ouvre cette vésicule biliaire en essayant de la séparer des parties voisines. En prolongeant plus profondément la séparation de la vésicule des parties voisines, on ouvre une cavité au fond de laquelle on sent un calcul, et ce calcul se trouve dans un infundibulum dont le sommet paraît perforé, et qui se dirige vers le duodénum. En effet, un stylet recourbé pénètre très facilement à 10 ou 12 centimètres; plus tard, on peut y engager à fond une bougie n° 9, qui passe avec un certain frottement. On est bien, donc, dans le canal cholédoque.

Ce calcul, retiré, est du volume d'une cerise. Ajoutons qu'au moment où cette cavité a été ouverte, il s'est écoulé une quantité considérable de bile verte, mélangée de mucus. On résèque la plus grande partie de la vésicule en essayant de faire cette résection *sous-péritonéale*, ce qui est rendu très difficile par l'inflammation dont cette vésicule est le siège.

On place dans la cavité dilatée, signalée plus haut, un gros drain n° 35 que l'on fixe à la paroi par un point de suture.

Mèches. — Fermeture de la paroi en deux plans : un au catgut, à points séparés, pour le péritoine et les muscles; un pour la peau, au crin de Florence. Chloroforme.

La malade va actuellement bien, et la bile coule dans l'intestin.

Mais, pendant trois semaines, la bile s'est épanchée au dehors, coulant et par le tube siphon que j'avais installé et par la plaie elle-même, déterminant une irritation et une rougeur cuisante de la peau.

A plusieurs reprises, nous avions remarqué, dans le vase où il pouvait couler, que le liquide tenait en suspension une espèce de substance blanchâtre, légère, ressemblant à des œufs à la neige un peu sales, et au milieu de laquelle on voyait de très fines gouttelettes graisseuses en suspension; l'idée me vint que c'était peut-être du liquide intestinal refluant, par une espèce de mouvement antipéristaltique, de l'intestin dans le cholédoque dilaté.

Et, en effet, l'analyse faite par mon pharmacien Lasne y a révélé des peptones, du sucre, de l'indol.

Aujourd'hui mardi, 9 juillet, la plaie abdominale est fermée, les matières sont colorées. La peau de la malade, que j'avais opérée en

pleine jaunisse, est tout à fait revenue à l'état normal, elle n'est plus jaune; il ne reste qu'une petite plaie linéaire, tout à fait superficielle. La malade peut donc être considérée comme guérie.

Dans ce cas, le canal cystique n'était pas oblitéré, puisque le drainage des voies biliaires se faisait par la vésicule, et cependant, dans la relation de la deuxième opération, il est spécifié que la vésicule est plus petite que normalement. Ce fait vient à l'encontre des idées exprimées par mon ami Delbet, à savoir que la rétraction de la vésicule est liée à l'oblitération du canal cystique.

D'autre part, j'ai présenté ici l'an dernier, dans la séance du 28 mars, page 390, une vésicule *oblitérée*, et qui était dilatée au point de contenir 125 centimètres cubes de liquide.

Comme vous l'avez vu à ce moment, j'ai présenté une poche qui n'avait d'ouverture que dans le point où je l'avais incisée. L'oblitération du canal cystique n'est donc pas une condition de la rétraction de la vésicule biliaire, ainsi que le pense notre collègue Pierre Delbet.

Mais ce sont là des points de détail; ce qui est plus important, c'est la question du drainage dans les cas d'ictère et d'angiocholite.

Je suis tout à fait de l'avis de mon ami Lejars pour dire qu'il faut toujours s'adresser aux voies biliaires principales. Dans ces cas, le drainage par la vésicule peut être ou insuffisant ou nul, ce drainage exigeant la perméabilité du canal cystique, qui n'existe pas toujours.

Mais il peut, dans certaines circonstances, être suffisant, et on peut s'estimer heureux de pouvoir y avoir recours; c'est dans des conditions analogues à celles qui se sont présentées chez ma dernière opérée, et où mes internes ont pu et su le réaliser; c'est dans ces cas, où l'état général est si grave, que l'intervention doit être réduite au minimum.

Cette malade était en effet si bas, que l'on ne jugea pas prudent de donner du chloroforme et qu'on commença l'intervention à la stovaïne locale; et on ne donna du chloroforme que parce que la stovaïne était insuffisante, et l'opérateur s'estima fort heureux de pouvoir ramener la malade encore vivante dans son lit.

Ce sont là des conditions exceptionnelles, et le drainage par la vésicule, qui était le plus bref, le plus facile, a pu être réalisé grâce à la persistance du canal cystique.

Dans tous les autres cas, c'est au drainage des voies biliaires principales qu'il faut avoir recours : il est seul rationnel.

Dans tous les cas, il est absolument indiqué d'enlever la vésicule biliaire, dont le rôle nuisible dans la formation des calculs

est bien connu aujourd'hui, et dont l'infection est la source de dangers.

M. Hartmann. — Mon ami Lejars, qui en mai 1904 a déjà appelé notre attention sur le drainage de l'hépatique et sur ce qu'il appelle avec un certain nombre de nos collègues l'opération de Kehr, vient, à propos d'observations présentées par M. Brin, d'exposer et de défendre de nouveau cette opération. Je suis loin d'en être l'adversaire, ayant dès le mois de janvier 1902 pratiqué une opération de Kehr avant la lettre. Il s'agissait d'une malade chez laquelle j'avais, pour des accidents infectieux, fait antérieurement la cholécystostomie. Comme elle souffrait toujours, que sa bile était épaisse et grumeleuse, que de temps à autre il y avait de petites poussées fébriles, je la réopérai le 22 janvier 1902. Incisant la vésicule, puis le cystique, j'arrivai jusqu'au cholédoque ; je l'ouvris, en retirai plusieurs calculs, puis, par l'incision faite, j'insinuai un tube dans le canal hépatique; j'avais réalisé ce qu'on a appelé l'hépaticus-drainage et fait, comme plusieurs d'entre nous, comme Quénu en particulier, une opération de Kehr sans le savoir.

Aujourd'hui comme alors, je reste, pour certains cas déterminés, partisan de ce drainage combiné à l'ablation de la vésicule; je lui trouve même, en plus des avantages qu'il présente pour l'évacuation régulière du canal hépatique, celui de conduire directement la bile au dehors, évitant ainsi ces inondations biliaires que nous avions autrefois et qui obligeaient à changer plusieurs fois par jour le pansement. Mais je crois que quelques chirurgiens ont tendance à généraliser un peu trop ses indications.

Certes, en présence de la *lithiase diffuse, vésiculaire et canaliculaire*, d'une occlusion calculeuse chronique du cholédoque, l'ablation de la vésicule et du cystique, combinée à l'évacuation du contenu du cholédoque et du drainage de l'hépatique, me semble l'opération de choix. Je suis sur ce point d'accord avec notre collègue Lejars et avec mon maître le professeur Terrier. Mais lorsque Lejars nous dit qu'après presque toutes les cholécystotomies, il faut recourir à la cholécystectomie, que la cholécystectomie même n'est souvent pas une opération suffisante et efficace, et qu'à part les cas de processus lithiasiques dûment éteints, en particulier ceux où l'on trouve un liquide clair et un gros calcul isolé, il faut recourir au drainage de l'hépatique, je ne puis le suivre.

L'opération très complète que pratique notre collègue, est *a priori* séduisante. Est-elle nécessaire aussi souvent qu'il le dit? Je ne le crois pas. Lorsqu'il n'y a jamais eu de coliques hépatiques

avec ictère, lorsque les symptômes ont toujours été exclusivement des symptômes vésiculaires, je ne vois pas pourquoi il serait nécessaire de compliquer l'intervention et par conséquent d'augmenter ses risques. Je sais bien qu'on peut à ces raisons théoriques objecter d'autres raisons également théoriques. Aussi je crois que le mieux est d'examiner sans parti pris les faits et que chacun de nous apporte à cette tribune les résultats qu'il a obtenus, de manière à établir sur une base solide la valeur de chaque opération. C'est ce que je vais chercher à faire en m'appuyant sur les 85 opérations que j'ai pratiquées pour lésions inflammatoires des voies biliaires, avec ou sans calculs, mais non compliquées de dégénérescence néoplasique. J'ai revu récemment le plus grand nombre de mes opérés, de un à dix ans après l'intervention, m'attachant à étudier non pas seulement le *résultat opératoire immédiat*, mais aussi le *résultat éloigné*, le résultat thérapeutique. Voici ce que j'ai constaté :

I. Opérations pour calculs biliaires.

Cholécystotomies, avec ou sans cholécystectomie partielle. — J'ai rapproché les cholécystectomies partielles des cholécystotomies parce que la résection du fond d'une vésicule exubérante, avec fixation de la partie conservée de la vésicule à la paroi, me semble beaucoup plus comparable à une cholécystotomie qu'à une cholécystectomie : 41 opérations, plus une cysticotomie, 42 guérisons. Les résultats immédiats de la cholécystotomie sont donc excellents et l'opération semble une des plus bénignes de la chirurgie.

Les résultats éloignés sont-ils aussi mauvais qu'on pourrait le croire d'après la communication de M. Lejars? Voyons ce que répond l'observation de malades suivis pendant un temps assez long.

J'ai pu retrouver 33 de mes malades :

Une se plaint encore après trois ans écoulés de troubles gastro-intestinaux, n'ayant, du reste, aucun rapport avec les coliques hépatiques. C'est une femme qui a de l'entéroptose avec estomac dilaté, atone, clapotant, un rein mobile et qui continuera probablement à avoir quelques troubles pendant toute la durée de son existence.

27 sont bien portantes, n'éprouvant aucun trouble, 1 après dix ans, 2 après neuf ans, 2 après sept ans, 5 après six ans, 3 après cinq ans, 4 après quatre ans, 4 après trois ans, 4 après deux ans, 1 après un an, 1 après six mois.

Chez 6 de ces 27 malades, j'avais dû après quatre à six mois,

par une petite opération plastique, faite après anesthésie locale, fermer une fistule biliaire persistante; 1 a eu une colique hépatique avec ictère trois semaines après l'opération et a été ensuite définitivement guérie.

6 seulement ont eu des accidents secondaires dus à la présence de calculs, 4 fois dans le cholédoque, 2 fois dans le bassinet de la vésicule. Dans 4 de ces 6 cas, je suis intervenu secondairement, pratiquant deux cholécystectomies et deux cholédocotomies.

L'étude des résultats éloignés montre donc que dans 82 p. 100 des cas la simple cholécystotomie assure au malade le bénéfice d'une guérison définitive. Elle nous montre de plus que lorsqu'il persiste des accidents, c'est que l'opération n'a pas été complète et qu'on n'a pas enlevé la totalité des calculs.

Cholécystectomies totales. — Quatorze cholécystectomies totales ont donné 13 guérisons et une mort. Ce cas de mort est survenu chez une vieille femme porteuse d'un anévrisme de l'aorte et qui a succombé à une dilatation aiguë de l'estomac. Comme elle n'avait pas eu un seul vomissement et qu'elle s'était simplement affaiblie progressivement, je n'ai pas songé à cette complication opératoire que je n'avais jamais observée et j'ai été stupéfait lorsque à l'autopsie j'ai trouvé, en l'absence de toute lésion péritonéale, un estomac descendant jusqu'au pubis.

Des 13 opérées guéries, 8 remontent à un temps suffisant, six mois à trois ans, pour qu'on puisse parler de résultats éloignés; tous ont été excellents; aucune malade n'a souffert du foie; une a eu temporairement, deux ans après l'opération, quelques troubles gastriques, qui ont cessé par l'ingestion du kéfir.

En bloc, nous voyons que les opérations limitées à la vésicule donnent sur 41 cas 35 résultats éloignés excellents, soit dans 87 p. 100 des cas.

Cholédocotomies. — Vingt-quatre cholédocotomies ont donné 21 guérisons et 3 morts.

De ces 3 morts, l'une remonte en 1899 et est survenue trente-six heures après l'opération ; la seconde, qui avait subi la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique, est survenue quatorze jours après l'opération à la suite d'une double parotidite ; la troisième a été partiellement due à un mauvais fonctionnement du drain de l'hépatique et à une absence de drainage large sous-hépatique chez un vieillard cachectique qui n'avait du reste pas de calcul du cholédoque et qui aurait guéri si j'avais borné mon intervention à la vésicule comme j'aurais dû le faire.

14 de ces malades ont été suivis: 1 a succombé six mois après l'opération en quelques jours à des accidents d'ictère grave survenus à la suite d'une fatigue considérable; 4 ont été repris

d'accidents; dans 2 cas, une deuxième cholédocotomie a permis d'enlever un calcul qui existait probablement au moment de la première intervention mais avait échappé aux recherches ; dans un cas, la deuxième cholédocotomie montra en même temps que l'absence de calculs l'existence d'une péritonite plastique sous-hépatique et d'une sclérose du pancréas. Le quatrième cas a trait à une femme antérieurement cholécystotomisée, ayant subi secondairement la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique; cette femme avait, comme la précédente, une péritonite plastique sous-hépatique; après avoir été bien six mois, elle a été reprise de douleurs, mais, comme celles-ci se sont un peu amendées, je me suis abstenu de toute nouvelle intervention et j'attends les événements.

Si je compare ces résultats du drainage de l'hépatique à ceux des opérations limitées aux voies biliaires accessoires, je vois que, pas plus que les premières, l'opération complète ne met à l'abri de tout accident ultérieur. Bien plus, tandis que sur 41 opérations limitées aux voies biliaires accessoires nous avions 35 résultats éloignés excellents, soit 87 p. 100, nous voyons que sur 14 opérations complètes avec drainage hépatique nous n'avons que 10 bons résultats éloignés, soit 71 p. 100 seulement; cette infériorité dans les résultats ne tient évidemment pas à une infériorité de la méthode, mais à ce que les cas sont différents. La comparaison de ces chiffres suffit cependant à nous montrer qu'il est inutile de faire, dans tous les cas, une opération complexe; que, dans le plus grand nombre, une opération simple suffit; que *ce qui est nécessaire, c'est d'aller partout où se trouvent des calculs et de les enlever tous.* Quand ces calculs n'occupent que la vésicule, il n'y a aucune utilité à ouvrir le cholédoque et à drainer l'hépatique ni au point de vue immédiat, ni au point de vue de l'avenir : quand les calculs sont disséminés un peu partout, même l'opération complète de Kehr expose à en laisser ; ce qu'il faut, c'est, en pareil cas, faire une exploration aussi complète que possible, laver au besoin les voies biliaires principales avec du sérum pour en détacher les fragments de calcul et terminer par un drainage aussi large que possible du canal hépatique et, nous ajouterons, de l'espace sous-hépatique, de manière à ce que la bile puisse couler au dehors dans le cas où le tube de l'hépatique vient à s'obstruer.

II. Opérations pour angiocholite non calculeuse.

Dans son rapport, M. Lejars parle incidemment du drainage de l'hépatique dans les angiocholites de toutes natures ; ce drainage serait, suivant lui, indiscutablement plus sûr et plus efficace que

celui de la vésicule biliaire qu'on faisait autrefois. Sur ce point, j'ai une expérience très limitée qui ne porte que sur cinq cas tous guéris opératoirement. Théoriquement, le drainage de l'hépatique est certainement le meilleur. Pratiquement, il présente quelques difficultés. Difficultés immédiates en ce sens que, comme l'a très bien dit mon maître Terrier, dans une des précédentes séances, lorsque les voies biliaires ne sont pas du tout dilatées, on ne peut guère placer un tube dans le canal hépatique; je n'ai pu y parvenir dans un cas récent que j'ai eu à traiter. Le canal cholédoque était petit, ne contenait pas de bile, celle-ci n'est venue qu'après un cathétérisme du canal hépatique avec une bougie urétrale; il m'a été impossible d'y placer un drain.

Difficultés secondaires, si je puis ainsi m'exprimer, voulant dire par là qu'il est impossible de maintenir en place un drain dans l'hépatique aussi longtemps qu'on le voudrait; il finit toujours par se détacher plus tôt qu'on ne le voudrait, et les plaies du cholédoque se réparent avec une rapidité que le chirurgien trouve, en pareils cas, trop rapide; on ne peut maintenir une fistule du cholédoque comme on maintient une fistule biliaire. Ce qui m'a semblé le mieux dans ces angiocholites non calculeuses, c'est de mettre un tube dans l'hépatique toutes les fois qu'on le peut, de l'y maintenir le plus possible, et d'établir en même temps une fistule pariétale de la vésicule biliaire, fistule qu'on laissera pendant des mois, jusqu'à ce que le foie soit revenu à un volume normal, jusqu'à ce que la bile soit claire et sans flocons; c'est en procédant ainsi que j'ai obtenu mon meilleur résultat. Mais, comme nous le disions il y a quelques instants, le nombre des opérations que nous avons pratiquées pour angiocholites non calculeuses est encore trop minime pour que nous puissions en dégager une opinion définitive; nous nous contentons d'indiquer l'impression résultant du petit nombre de faits que nous avons suivis.

CONCLUSIONS.

L'absence de toute réunion du cholédoque, dans les cas de cholédocotomie pour infection biliaire, est, comme l'a préconisé ici même Quénu, il y a déjà nombre d'années, absolument indiquée. La pose dans cette incision du cholédoque d'un tube poussé jusque dans l'hépatique semble un perfectionnement utile en ce qu'elle permet de prolonger le drainage des voies biliaires infectées et de les siphonner de manière à éviter l'inondation du pansement.

Il ne faut cependant pas en exagérer l'indication et se rappeler que s'il est nécessaire en cas de lithiase d'évacuer tous les calculs,

ce drainage ne suffit pas toujours à en assurer l'évacuation et est inutile, tant au point de vue immédiat qu'au point de vue éloigné, dans les cas où le processus lithiasique est limité aux voies biliaires accessoires.

Rapports.

Lithiase urique et mal de Pott, par M. le D[r] DIEULAFÉ, professeur agrégé à Toulouse.

Rapport par M. VILLEMIN.

Messieurs, j'ai à vous faire un rapport sur une observation de M. le D[r] L. Dieulafé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, observation intitulée : *lithiase urique et mal de Pott.*

Il s'agit d'une jeune fille de douze ans qui, en juillet 1906, souffrait des reins depuis plus d'un an. La persistance des douleurs et l'apparition d'un abcès ossifluent iliaque gauche engagea la famille à consulter M. Dieulafé, qui constata la sensibilité à la pression des trois premières lombaires, une déviation scoliotique convexe droite à leur niveau, la contracture des masses sacro-lombaires, un mauvais état général, mais sans lésions de tuberculose pulmonaire.

La ponction, le lavage de la poche, l'injection de 50 centimètres cubes d'éther iodoformé, le repos absolu au lit, et la médication arsénicale et glycéro-phosphatée, furent très judicieusement mis en œuvre. M. Dieulafé y adjoignit une alimentation riche en viandes, œufs et purées.

Les douleurs de la région lombaire persistent, l'abcès se reforme et est ponctionné à nouveau deux mois après. Cette fois la résorption se fait complètement, et au bout d'un mois (octobre 1906) l'abcès iliaque a disparu.

Au commencement de décembre la malade éprouve des douleurs extrêmement vives dans les reins, sous forme de crises de courte durée, mais la réveillant presque toutes les nuits. La malade ne peut en préciser le siège : elle souffre dans les reins, dit-elle. Les apophyses épineuses lombaires ne sont pas sensibles à la pression. La palpation des reins, dit M. Dieulafé, ne donne aucune indication. Il croit les lésions vertébrales guéries et pense trouver la raison des douleurs dans les sécrétions urinaires ; les urines sont rouges, peu abondantes et donnent au fond du vase

un dépôt de sable rougeâtre. Il constate au microscope que ce sont des urates, mais, et ceci a une grosse importance, l'acide urique est indosable à cause de l'insuffisance de l'échantillon. Ici je cite textuellement : « Le dépôt de sables urinaires, la coloration des urines, l'abondance des urates, les violentes douleurs apparaissant par crises et indépendantes de lésions vertébrales, affirment le diagnostic. »

Malgré le régime lacté et l'eau de Vittel les douleurs persistent pendant une quinzaine de jours et finissent par s'atténuer ; les urines ne contiennent plus ni urates, ni acide urique en excès, mais 0,28 centigrammes d'albumine. A la fin de février l'albuminurie avait disparu, l'état général était excellent, l'état local parfait, la contracture absente.

« En somme, dit M. Dieulafé, il s'agit de lithiase primitive, urique, indépendante de toute affection rénale; l'albuminurie observée paraît due à l'irritation du parenchyme par les éléments éliminés en excès. » Il en attribue la cause à l'alimentation trop richement azotée et à l'immobilité du sujet. Il suppose qu'à la suite du traitement hygiénique et alimentaire cette enfant est devenue une hyperacide, ce qui a fait apparaître la lithiase rénale. Pour défendre cette opinion, il cite les travaux des auteurs qui ont décrit les accidents de la suralimentation chez les tuberculeux, et entre autres ceux qui ont reconnu que l'excès d'azote ne se trouvait pas à l'état d'urée, mais sous forme de composants moins oxydés, acide urique, leucine, tyrosine. Enfin il rapelle les observations de Le Roy d'Etiolles, Le Dentu, Demons et Pousson, qui ont observé-la lithiase urique chez les coxalgiques et les pottiques condamnés au repos. Et pour conclure il admet cet aphorisme qui reste à prouver que le tuberculeux guérit parce qu'il est devenu arthritique.

Je ne suivrai pas M. Dieulafé sur ce terrain. Avec lui nous sommes en pleine hypothèse. L'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose perd du terrain de jour en jour, et si cette théorie est encore reçue à Toulouse, on peut dire qu'à Lyon on professe une opinion absolument contraire.

Laissant donc de côté les théories, j'ai tenu à vous apporter des faits que je qualifierai d'expérimentaux concernant l'influence de la suralimentation azotée chez les tuberculeux chirurgicaux alités. J'ai pris dans mon service au hasard quatre enfants, trois filles et un garçon, d'âge à peu près équivalent à celui de la jeune malade du Dr Dieulafé, tous quatre atteints de mal de Pott. Contrairement au professeur agrégé de Toulouse qui n'a pas analysé l'acide urique chez son sujet, j'ai fait faire soigneusement cette recherche chez les miens, d'abord avant l'expérience lorsqu'ils

étaient soumis au régime mixte de l'hôpital, puis ensuite au bout de quinze jours, après avoir ajouté à cette alimentation 50 grammes de viande crue râpée par jour pour chaque enfant.

Voici quels ont été les résultats :

	Avant l'expérience.	Après l'expérience.	Différence.
	—	—	—
	Quantité d'acide urique par litre.		
Sujet 1	0,518	0,469	— 0,049
Sujet 2	0,666	0,346	— 0,320
Sujet 3	0.444	0,551	+ 0,107
Sujet 4	0,666	0,761	+ 0,099
	Quantité d'acide urique par vingt-quatre heures.		
Sujet 1	0,3108	0,252	— 0,0578
Sujet 2	0,1565	0,0865	— 0,070
Sujet 3	0,1776	0,192	+ 0,144
Sujet 4	0,699	0,765	+ 0.066

On voit à l'examen de ce tableau combien les écarts sont faibles; les chiffres les plus différents sont ceux de 0,32 par litre, et encore en diminution après quinze jours de régime principalement carnivore, ou 0,14 par vingt-quatre heures en augmentation dans les mêmes conditions. Ces écarts sont presque insignifiants et tels qu'on les observe journellement chez des sujets quelconques.

Personne ne peut voir dans ces résultats si variables quoi que ce soit qui rappelle l'état de cet enfant devenu hyperacide, selon les termes mêmes de M. le Dr Dieulafé. D'ailleurs ce dernier ne nous dit pas quelle quantité de viande il a administrée à sa malade.

J'aborde un autre point de l'observation. Tandis que j'approuve entièrement le judicieux traitement que le Dr Dieulafé a appliqué à sa petite malade (quoique je n'oserais pas personnellement injecter 5 grammes d'iodoforme dans un abcès pottique) et qui a donné un si beau succès, je ne trouve pas le diagnostic de lithiase urique, en dehors de toute analyse chimique, d'une évidence aussi incontestable.

Voilà une enfant qui souffre des reins depuis un an en juillet, qui, après l'application de son régime alimentaire, continue sans interruption à avoir les mêmes douleurs; à ce moment, l'auteur rapporte bien toutes ces souffrances au mal de Pott lombaire puisqu'il recherche et trouve de la sensibilité à la pression sur les vertèbres. Puis, parce que ces douleurs prennent en décembre un caractère d'acuité plus grande, une prédilection pour se montrer la nuit, l'auteur conclut à leur origine lithiasique. Or, voici sur quels faits cliniques il s'appuie pour l'affirmer.

Nous avons vu que l'analyse des urines n'a pas été faite, que seul un examen micrographique a montré après plusieurs nuits d'insomnie et plusieurs jours d'anorexie un dépôt d'urates.

Rien ne nous renseigne sur le siège de la douleur. Existe-t-elle entre les côtes et la crête iliaque, y a-t-il des irradiations dans l'uretère, y a-t-il de la névralgie vésicale réflexe, de la dysurie douloureuse, des vomissements? Rien ne l'indique. L'enfant ne peut préciser; elle souffre dans les reins, dit-elle.

Alors M. Dieulafé palpe les reins, qui ne donnent aucune indication; mais il ne nous dit pas s'il y a de la douleur urétérale à la pression.

Il ajoute que les lésions vertébrales sont guéries, d'après l'exploration clinique. La chose resterait à démontrer, surtout dans un mal de Pott qui, un mois auparavant, manifestait sa marche évolutive par un abcès ossifluent contenant plus d'un litre de pus.

Je pense qu'au sujet de ces phénomènes douloureux il y avait quelques réserves à faire. En l'absence d'analyse précise et répétée des sables urinaires, on peut tout aussi bien les attribuer au mal de Pott lombaire lui-même. Si les douleurs ont changé de nature, si de continues elles sont devenues plus vives, sous forme de crises, cela n'a rien qui doive nous surprendre. Beaucoup de pottiques sont sujets à des accès d'apparence névralgique revenant tous les soirs, durant une partie de la nuit; la confusion avec les coliques néphrétiques a souvent été faite et Michaud en 1871 signalait dans sa thèse de multiples cas de ce mal vertébral névralgique; il les rapportait à la névrite des racines rachidiennes, à la sclérose du faisceau radiculaire postéro-interne, et certaines autopsies lui ont donné raison.

Ces critiques de détail étant faites, l'observation de M. Dieulafé n'en reste pas moins pleine d'intérêt, et je prierai les Membres de la Société de vouloir bien s'associer à moi pour adresser nos remerciements à son auteur, en conservant son mémoire dans nos archives.

Hypertrophie congénitale du 2e orteil droit, par le Dr GIRIBALDO (de Montevideo),

Rapport par M. A. BROCA.

Les travaux parus jusqu'ici sur l'hypertrophie des orteils sont relativement peu nombreux ; le plus complet parmi eux est celui où MM. Caubet et Mercadé ont publié, dans la *Revue de Chirurgie* (année 1904, 1er semestre), trois observations personnelles. Ils ont réuni à ce propos vingt-trois cas déjà publiés, auxquels M. Giribaldo ajoute (outre son fait personnel) une observation d'hypertrophie et syndactilie des 2e et 3e orteils gauches, relatée par M. Herrera Voga de Buenos Ayres (*Revista de la Sociedad Medica Argentina*, septembre et octobre 1903). On arrive ainsi à un total de vingt-huit cas, ce qui démontre que l'affection est rare. Je dirai que dans ma pratique j'en ai observé deux, que j'ai traités par l'amputation, et que je n'ai pas publiés.

La disproportion entre les doigts normaux et les hypertrophiés est particulièrement marquée dans le cas de M. Giribaldo.

Celia H., Uruguayenne, 7 ans, 9e enfant d'une famille de 12 enfants. Son père, mort par blessure, était un dégénéré intellectuel; frères et sœurs vivants et sans difformités. Sa mère est bien portante, mais un de ses cousins germains a eu deux enfants polydactyliques, et un autre porte lui-même un bec-de-lièvre.

L'enfant est bien développée, intelligente et jouit d'une bonne santé. A la naissance, on remarque déjà que le 2e orteil droit était un peu plus gros que les autres; à la fin de la 1re année, il était le double de ses congénères, et continua ainsi à se développer plus rapidement que les autres, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

La distance intermalléolaire est sensiblement égale des deux côtés, mais à partir de là, le pied droit s'élargit. Au niveau de l'espace interdigital, on trouve une sorte de boule charnue, de laquelle se détache le 2e orteil, sous forme d'un croissant presque parfait qui va se terminer en massue, ayant à sa face inférieure l'ongle très développé.

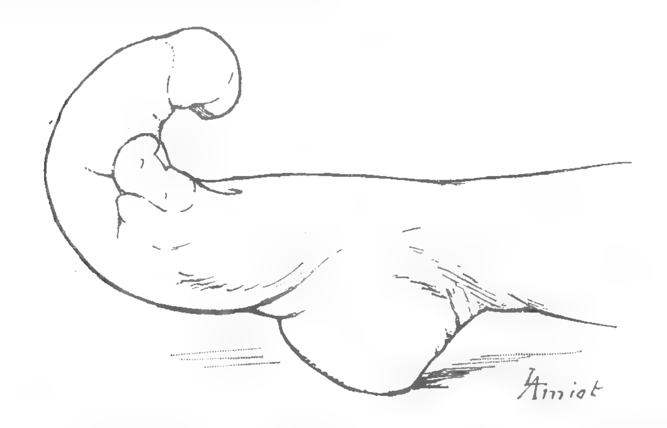
Les dimensions relatives des deux pieds sont les suivantes :

	GAUCHE — centimètres.	DROIT — centimètres.
Longueur du 2e orteil	3	15
Circonférence au milieu du 2e orteil.	3	10
Longueur de la plante depuis le talon à l'extrémité du 2e orteil.	17	28
Circonférence au niveau de la ligne tarso-métatarsienne	17	18
Circonférence au niveau de la ligne métatarso-phalangienne.	15	20

La consistance est molle : on ne sent pas l'os. La peau est rugueuse et blanche à la région plantaire; lisse et rosée au dos et très mince, luisante, tendue et d'une coloration rouge au bout du doigt ; malgré cela elle n'a jamais été le siège d'une ulcération.

L'ongle occupe sa situation normale au bout de l'orteil ; mais comme cette face est devenue inférieure à cause du mouvement de rotation exécuté par cet orteil, il en résulte que l'ongle est en réalité placé en face du dos du pied, au-dessus de la ligne métatarso-phalangienne.

La moitié postérieure de l'orteil est fixe ; l'antérieure, au contraire, très mobile en tous sens, donne, grâce à cette mobilité et à sa consistance molle, l'idée d'une trompe.



Les autres orteils sont normaux comme nombre et conformation, mais ils sont un peu plus volumineux que ceux du côté opposé, surtout le premier.

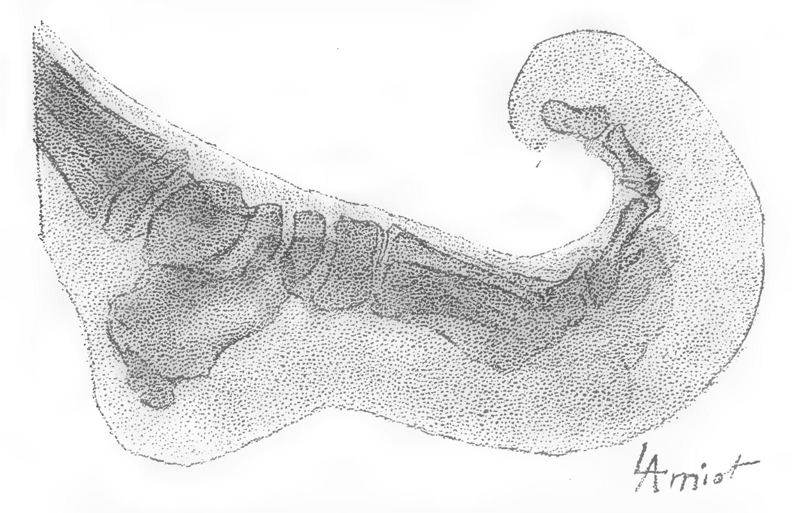
La plante du pied présente, à partir de la ligne tarso-métatarsienne, un épaississement facilement appréciable, dû à la présence d'un tissu mou, qui protège comme un coussin la face inférieure des métatarsiens et des phalanges; ce tissu, recouvert par la peau de la plante, forme, en se continuant avec celui du 2e orteil, un demi-cercle presque parfait.

L'examen radiographique montre un tarse et un métatarse normaux comme nombre et volume des os. On remarque entre les 1er et 2e métatarsiens, un écartement de forme triangulaire à base antérieure, atteignant au niveau des têtes métatarsiennes un centimètre et demi. Un écartement analogue, mais peu accusé, existe à ce même niveau entre les autres métatarsiens. La première phalange du gros orteil suit la direction de son métatarsien ; la seconde forme avec celle-ci un angle obtus à sommet interne d'environ 160 degrés ; ces deux os sont sensiblement plus gros que ceux du côté opposé.

Les phalanges du 3e et du 4e orteils ont des dimensions normales, mais sont manifestement déviées en dehors, formant un angle à sommet interne d'environ 130 degrés. Celles du 5e orteil, par contre, suivent

la direction de leur métatarsien, de telle façon que la seconde phalange vient toucher la 1re du 4e orteil et corrige ainsi la déformation des autres.

Dans le doigt hypertrophié, la 1re phalange est plus de deux fois plus longue que les autres : elle forme avec son métatarsien un angle presque droit, de 95 degrés, dont l'ouverture regarde le dos du pied ; la 2e phalange, développée proportionnellement, fait avec la 1re un angle de 120 degrés ; la 3e, aussi longue que la 2e, forme avec elle un angle de 130 degrés ; il en résulte que le métatarsien et les trois phalanges qui le continuent, décrivent par leur ensemble un arc de cercle qui représente plus d'une demi-circonférence



Les phalanges sont enveloppées de tissus mous, cinq fois plus épais sur les faces plantaires, externe et interne, que sur la face dorsale.

Dans les radiographies on voit parfaitement les séparations épiphysaires des os.

L'enfant n'a jamais présenté de troubles fonctionnels ; elle n'a pas eu des douleurs et a toujours pu marcher, avec la seule gêne qui résultait de la présence de cet appendice et qui l'empêchait de bien se chausser ; elle a porté pendant longtemps une espèce de sandale, puis une bottine ouverte au dos, pour laisser passer l'orteil.

L'opération ne fut donc pas pratiquée pour combattre des douleurs, des ulcérations ou pour supprimer la gêne dans la marche ; elle le fut seulement pour des raisons d'esthétique et pour prévenir les complications qui auraient pu survenir plus tard.

L'enfant fut opérée le 25 janvier 1905, avec les Drs Oliver et Arrizabalaga ; incision en raquette, dont la queue fut prolongée sur la région plantaire, jusqu'auprès de l'interligne tarso-métatarsien ; on tomba sur une masse adipeuse constituant le lipome plantaire qui accompagne constamment ces hypertrophies. Une fois la désarticulation métatarso-phalangienne faite, on put se rendre compte que la tête du métatarsien,

quelque peu hypertrophiée, allait empêcher le retour à la position normale des têtes des autres métatarsiens, nuisant ainsi à la réduction du diamètre du pied à ce niveau; on fit donc la résection de cette tête. On extirpa ensuite tout le tissu adipeux du lipome décrit plus haut. Suture au crin, léger drainage au point déclive ; bandage, compression.

Suites très simples; au deuxième jour suppression du drainage ; au huitième jour, cicatrisation parfaite par première intention.

Au vingt-cinquième jour la malade marche avec une paire de bottines, *comme tout le monde*, dit-elle ; on continue cependant la compression transversale du pied, dans le but d'obtenir la diminution de l'avant-pied aux mêmes dimensions que celui du côté opposé.

Présentations de malades.

Epithélioma du grand angle de l'œil propagé aux voies lacrymales, aux fosses nasales et à la conjonctive. Extirpation avec ablation de l'œil; résection osseuse et autoplastie consécutive. Guérison maintenue parfaite après plus de trois ans.

M. Morestin. — Le 8 avril 1904, j'ai pratiqué chez ce malade l'ablation d'un épithélioma, ayant eu pour point de départ les téguments de la racine du nez au voisinage du grand angle de l'œil gauche.

Les lésions s'étaient propagées aux paupières, à la moitié gauche du nez jusqu'au voisinage du cartilage de l'aile, aux voies lacrymales, à la muqueuse des fosses nasales et au maxillaire supérieur.

J'ai dû sacrifier le globe oculaire, la presque totalité des paupières, la moitié gauche du nez, moins le contour marinaire, une grande partie du maxillaire supérieur, les cornets, l'ethmoïde.

Quelques mois plus tard, j'ai eu recours à deux opérations réparatrices consécutives, pour combler la brèche, la couvrir d'une sorte de rideau tégumentaire. J'y suis parvenu en prenant deux lambeaux, l'un sur la tempe, l'autre sur le front.

Je vous présente le malade, plus de trois ans après l'opération d'exérèse. La guérison se maintient parfaite et le résultat plastique est des plus satisfaisants.

On sent à la palpation qu'il s'est produit une sorte de membrane résistante, tendue comme une peau de tambour, au niveau de la brèche. Les téguments s'en sont rendus indépendants, et sont mobiles sur cette membrane, qui s'est formée aux dépens de la couche profonde des lambeaux tégumentaires et des bourgeons

charnus développés à leur surface. Tous les détails concernant les interventions subies par ce malade, Claude M..., sont consignés dans l'oblitération publiée dans les bulletins de la Société anatomique (juin 1905). Je voulais seulement vous rendre témoin du bon résultat obtenu, résultat qui semble aujourd'hui définitivement acquis.

L'oblitération de cette vaste perte de substance faciale, à l'aide de grands lambeaux prélevés sur le front et la tempe, me paraît un fait intéressant de chirurgie réparatrice. La difformité n'est nullement choquante ; et même, en portant des lunettes foncées, cet homme n'attire plus du tout l'attention ; il a pu depuis deux ans reprendre son métier et gagner sa vie comme autrefois.

Paralysie faciale double, consécutive à l'ablation successive des deux parotides pour tumeur maligne. Régénération du nerf facial gauche. État de la malade huit ans après l'opération.

M. Tuffier. — Cette femme, dont l'observation détaillée se trouve dans nos bulletins (séance du 8 janvier 1902, p. 26), a subi, le 9 décembre 1898, l'ablation de la parotide *droite* pour tumeur maligne; résection du facial; guérison. Le 9 janvier 1900, j'ai pratiqué l'ablation de la parotide *gauche* pour tumeur maligne; résection du facial de ce côté. Paralysie complète.

Actuellement, la paralysie faciale est complète à droite; l'œil droit reste ouvert jour et nuit depuis plus de huit ans, il n'est nullement altéré.

A gauche, les mouvements spontanés ont commencé à reparaître, dix-huit mois après l'opération, dans l'orbiculaire, puis dans la moitié inférieure de la face. Actuellement, l'œil peut se fermer, la commissure gauche des lèvres peut se lever et s'abaisser.

M. Pierre Sebileau. — Je ne suis pas autrement surpris par le curieux exemple de régénération du nerf facial que nous présente M. Tuffier. J'ai vu, soit après le simple évidement pétro-mastoïdien, soit après de grandes résections atypiques sur le rocher, nécessitées par des lésions nécrotiques étendues, guérir au bout de quelques mois des paralysies faciales survenues dans des conditions telles que la section du nerf n'était guère douteuse. A la vérité, la régénération s'explique mieux dans des cas de ce genre où le nerf est enfermé dans son canal et où la restauration des

fibres est, pour ainsi dire, tout orientée par la disposition anatomique.

M. PIERRE DELBET. — Permettez-moi de profiter de ce cas fort intéressant de régénération partielle du facial pour vous rapporter l'épilogue de la première anastomose spino-faciale faite par notre collègue Faure.

J'ai retrouvé l'opéré parmi les chroniques de Laënnec. Je voulais vous le présenter; j'avais parlé de cette intention à Faure, mais, avant que je l'aie réalisée, le pauvre homme est tombé malade et il est mort de je ne sais quelle affection. Je l'avais vu à diverses reprises fort bien portant et je l'avais étudié avec grand soin.

L'opération datait de plus de sept ans. Son résultat anatomique était parfait. Les fibres du spinal avaient envoyé des prolongements qui avaient enfilé les gaines vides du facial. Tous les muscles de la face étaient innervés par le spinal. Il ne peut y avoir le moindre doute sur ce point, car tous les muscles du côté anastomosé se contractaient dès que le malade remuait l'épaule.

Mais le résultat physiologique était bien loin de répondre au résultat anatomique. Chose curieuse, malgré cette innervation incontestablement récupérée, aucun muscle n'avait retrouvé sa tonicité. Au repos, la déformation persistait entière : l'aspect de l'homme était celui d'un paralysé du facial. La bouche était déviée; les plis de la face effacés; l'épiphora persistait. Le bénéfice statique était nul.

Le résultat dynamique n'était pas meilleur. Quelque effort qu'il fît, le malade ne pouvait contracter volontairement aucun muscle de la face. Il n'était pas arrivé à faire la substitution de ses centres cérébraux.

Ainsi le résultat plastique et le résultat fonctionnel étaient nuls. Mais dès que le malade remuait l'épaule, la moitié de sa face exécutait de prodigieuses grimaces de l'effet le plus ridicule.

Il prétendait en outre que certains mouvements de l'épaule étaient gênés, mais je dois dire que je n'ai rien constaté de ce côté.

A ce moment même, j'avais dans mon service un malade qui avait eu le facial sectionné dans le rocher par une balle. J'avais extrait la balle qui entraînait une suppuration persistante. Le malade était décidé à se soumettre à n'importe quelle intervention pour être débarrassé de sa paralysie. Je pensais à lui faire l'anastomose spino-faciale quand je rencontrai l'ancien opéré de Faure. Le résultat, dont je viens de vous entretenir, si parfait au point de vue anatomique, si complètement insuffisant au point de

vue fonctionnel, fut bien loin de m'encourager. Je renonçai à mon intention.

Je ne voulus pas non plus faire l'anastomose hypoglosso-faciale, puisqu'on a observé à sa suite des hémi-atrophies de la langue. Je me décidai à anastomoser la branche descendante de l'hypoglosse avec le bout périphérique du facial. Je sais quelles critiques on peut adresser à cette opération. Je ne la défends pas, j'expose simplement ce que j'ai fait.

Quelques jours après, le malade, qui était d'un robuste optimisme, nous déclarait qu'il commençait à fermer l'œil et qu'il pouvait tenir sa cigarette entre ses lèvres du côté paralysé. Il était enchanté. C'était un sage, car tant qu'il a été soumis à mon observation, je n'ai constaté aucune modification bien appréciable.

Huit mois après, il m'écrivait que si l'on chiffrait la déviation antérieure par 100, le résultat de l'opération pouvait être estimé à 20. Je crois bien qu'il ne faut voir dans cette appréciation qu'un effet de son optimisme et je suis tenté de croire que le résultat de l'opération a été à peu près, sinon complètement, nul.

Ce pauvre homme, qui était fort âgé, a succombé quelque temps après sans que je l'aie revu.

M. Pierre Sebileau. — J'ai fait exactement les mêmes constatations que M. Pierre Delbet. J'ai vu la plastique de la face rester inanimée, la musculature demeurer flasque. La tonicité manquait. La paupière ne clignait pas; l'épiphora persistait; les aliments continuaient à s'accumuler dans le sillon gingivo-jugal. Chaque fois que le malade mettait son épaule en mouvement, la face s'animait brusquement d'une grimace à laquelle participaient surtout la paupière et la commissure labiale. Cela était étrange. Un malade, qui se trouvait d'ailleurs amélioré, me disait : « Ce qui m'ennuie, c'est qu'il y a des gens qui croient que je me f... d'eux. »

M. Tuffier. — Cette femme présente, en outre, une déformation du maxillaire inférieur, que j'ai eu le tort de ne pas vous faire remarquer. La double paralysie faciale a entraîné un *prognathisme* auquel nous avons dû remédier par une pièce dentaire supérieure, les dents supérieures et inférieures ne se correspondant plus.

M. Morestin. — L'ablation des parotides a laissé chez cette malade deux dépressions profondes et disgracieuses. Je pense que l'on pourrait corriger cette difformité en mobilisant, en attirant en avant le sterno-mastoïdien et en suturant le bord antérieur de ce muscle au bord postérieur du masséter, ou en détachant un

gros faisceau de ce muscle pour le loger dans l'excavation parotidienne.

M. J.-L. FAURE. — Cette question de l'anastomose spino-faciale est des plus complexes. Il y a maintenant beaucoup d'observations, avec photographies à l'appui, venant surtout d'Amérique et d'Angleterre. Presque jamais, sinon jamais, il n'y a eu d'échec complet, en ce sens que la pénétration des fibres du facial par les fibres du spinal est à peu près constante et que tous les malades voient, un peu trop même parfois, se contracter les muscles de leur face sous l'influence des mouvements de l'épaule. Mais tous les malades ne sont pas comme ceux dont ont parlé Delbet et Sebileau. Il y en a, comme les photographies en font foi, qui ont vu reparaître, à l'état de repos, la symétrie de leur visage. Il en est qui ont, d'une façon à peu près parfaite, vu reparaître par une rééducation complète la coordination des mouvements entre les deux côtés de la face. Morestin a obtenu, si je ne me trompe, un résultat qui peut être considéré comme parfait. Il faut donc qu'on sache une bonne fois que, s'il y a des résultats nuls ou médiocres au point de vue fonctionnel, il y en a de très bons et même de parfaits.

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage par la pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

M. PIERRE SEBILEAU. — Je présente à la Société de chirurgie une malade à laquelle j'ai pratiqué la pharyngotomie rétro-thyroïdienne pour extraire le dentier que voici, lequel était situé dans la portion rétro-manubriale de l'œsophage (constatation radiographique).

Nous avons décrit, mon maître Quénu et moi, la technique de cette opération facile et bénigne que nous avons appliquée déjà, lui d'abord, moi ensuite, à l'extraction de corps étrangers du pharynx.

La béance qu'elle ouvre dans la cavité pharyngée et la manière dont elle facilite l'exploration nous avait fait penser qu'on pourrait, le cas échéant, l'utiliser pour l'extraction des corps étrangers situés dans le segment médiastinal supérieur de l'œsophage. En voici un exemple. En faisant bien écarter les lèvres de la section pharyngée et en relevant la paroi antérieure de l'œsophage, j'ai pu, éclairé par le miroir frontal, aisément apercevoir et montrer à mes assistants le corps étranger en place.

L'extraction en fut, par conséquent, très simple.

Je dois dire que, dans le cas particulier, la plaie pharyngée a manqué sa réunion primitive, la patiente s'étant absolument refusée à porter la sonde nasale alimentaire. Aussi y a-t-il eu, pendant quelques jours, suppuration cervicale. Cela n'a fait que retarder un peu la guérison.

A propos de sonde alimentaire, j'ai observé récemment chez deux de mes opérés de quelle manière insoupçonnée l'œsophage est influencé par le vide intra-thoracique. J'avais déjà vu, en pratiquant l'œsophagoscopie, la paroi œsophagienne obéir à l'action inspiratoire; mais je ne pensais pas que cela fût au point que je vais dire. Il y a quelque temps, comme je priais une de mes gardes d'injecter à un de mes patients, devant moi, par la petite sonde rouge nasale que j'ai l'habitude d'introduire dans l'œsophage après les opérations que je pratique sur le carrefour aéro-digestif, le petit repas liquide qu'on venait de préparer, le malade me fit signe que cela n'était point la peine et, prenant lui-même le verre, il y fourra le nez, se mit à respirer à « grandes lampées » (qu'on me passe cette expression) et, en un rien de temps, vida le vase.

J'en reviens maintenant à la pharyngotomie rétro-thyroïdienne. C'est donc, disais-je, une opération facile, tout à fait propre à l'extraction de ceux des corps étrangers du pharynx et du segment rétro-manubrial de l'œsophage, qu'on estime ne pas relever de l'extraction par les voies naturelles aidée, ou non, de l'œsophagoscopie. Elle peut même, à mon avis (comme la trachéotomie le fait de la bronchoscopie), faciliter beaucoup cette œsophagoscopie et en assurer éventuellement le succès dans les cas où celle-ci est impossible, difficile ou impuissante par les voies naturelles. Or, ces cas existent. Il serait, d'ailleurs, déraisonnable de penser que, par cela seul qu'elle s'exerce à la faveur de la vision œsophagoscopique, l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles, soit en tout cas et fatalement possible et inoffensive. Il n'en est rien. Eh bien! de même que la bronchoscopie par la voie trachéale (voie artificielle) est plus proche et infiniment plus facile que la bronchoscopie par la voie buccale (voie naturelle) et permet de réaliser des extractions devant lesquelles cette dernière est impuissante, de même l'œsophagoscopie par la voie pharyngée (voie artificielle) est plus proche, sinon plus facile que l'œsophagoscopie par la voie buccale (voie naturelle) et doit permettre de réaliser des extractions devant lesquelles la première serait restée impuissante.

Je ne crois pas qu'elle ait été encore pratiquée dans de pareilles conditions. Je la recommande.

Epithélioma de la langue opéré il y a sept ans par la voie sus-hyoïdienne. Actuellement sans trace de récidive.

M. Walther. — J'ai opéré le 12 *mars* 1900, il y a donc sept ans et quatre mois, à la Maison municipale de Santé, le malade que je vous présente aujourd'hui.

Il était atteint d'épithélioma du bord droit de la langue avec ganglions sous-maxillaires et un ganglion sur la jugulaire.

J'ai fait la résection de la moitié droite de la langue par la voie sus-hyoïdienne après large curage de la loge sous-maxillaire, en enlevant, suivant le procédé que j'ai toujours suivi et que je vous ai décrit ici, d'un seul bloc la langue avec la partie correspondante du plancher de la bouche et la masse ganglionnaire après ligature de la faciale et de la linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde.

Comme vous pouvez le voir, cet homme est dans un état de santé parfait et sans aucune trace de récidive.

Il est intéressant de constater le résultat local à longue échéance de cette hémirésection de la langue et du plancher de la bouche. La parole est assez facile, bien distincte. La moitié restante de la langue est assez mobile pour assurer l'articulation de la parole, mais la pointe ne peut être projetée hors de la bouche.

La cicatrice longitudinale d'hémisection se trouve couchée contre la cicatrice de résection du plancher buccal et confondue avec elle sur une assez grande étendue. Il en résulte que cette moitié gauche qui reste de la langue a subi un mouvement de rotation autour d'un axe antéro-postérieur ; la face supérieure regarde en bas et à droite. En haut se trouve la face inférieure ; le pilier antérieur du voile du palais entraîné par ce mouvement de rotation est ramené vers la ligne médiane et largement tendu sur la moitié gauche de l'isthme du gosier.

Névrome traumatique du cubital.

M. Routier. — Les radiographies que je vous présente vous montreront les déformations osseuses qui ont succédé à une luxation non réduite, du coude datant de l'enfance, de l'âge de six ans ; le sujet en a aujourd'hui cinquante-six.

Le radius est en avant, le cubitus est articulé avec la portion externe de la surface articulaire de l'humérus, dont toute la partie interne est considérablement hypertrophiée et forme un gros massif osseux comme une mandarine.

Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont très largement conservés.

Le porteur de ces lésions est un de nos confrères, mon camarade de collège ; je ne m'étais jamais douté qu'il avait cette déformation ; il se servait de sa main et n'éprouvait aucune douleur. Il y a dix-huit mois environ, il fit une chute dans l'escalier métallique d'un cuirassé qu'il visitait ; dans cette chute, le coude atteint de cette vieille luxation non réduite porta directement, et notre confrère ressentit immédiatement des douleurs syncopales.

Peu à peu cette douleur se calma, et après quelques jours disparut.

Mais trois mois et demi après environ, il commença à ressentir des douleurs en éclair le long du nerf cubital, plus particulièrement dans sa branche terminale, vers l'annulaire et l'auriculaire.

Bientôt ces douleurs devinrent plus fréquentes et plus intenses ; le moindre frottement sur le coude provoquait des élancements terribles, le sommeil devenait impossible.

On épuisa tous les révulsifs, tous les calmants. Quand je l'examinai, je constatai que sur ce gros massif osseux existait un gros cordon ; la moindre pression réveillait la douleur. Je pensai qu'il s'agissait d'une lésion du cubital et peut-être de ce massif osseux, lésions consécutives à la chute.

Je proposai une intervention chirurgicale, et priai mon collègue Quénu, qui avait autrefois connu notre confrère, de me donner son avis, qui fut conforme au mien.

Le 7 juin, j'endormis le malade au chloroforme avec l'appareil Roth Drœger ; quand l'anesthésie fut obtenue, il me fut facile de mieux apprécier le cordon dur qui roulait entre la peau et le massif osseux : je fis une incision sur la face postérieure du coude, parallèle à ce cordon que je mis à nu ; c'était le nerf cubital qui, sur une longueur de 3 cent. 1/2, présentait un gros renflement fusiforme, jaunâtre, tranchant et par sa couleur et par sa consistance fibreuse, sur l'aspect et la consistance du nerf au-dessus et au-dessous.

Je réséquai tout ce qui était dur, 3 cent. 1/2, puis, disséquant la peau doublée de sa graisse, je dépassai la saillie interne qui représentait l'épitrochlée, et je pus, après avoir suturé les extrémités du nerf par 3 catguts n° 0, déplacer le cordon du cubital, et le porter très en dedans, sans tiraillement.

Je le fixai dans cette position, par quelques points de catgut pris

en dedans et en avant de ce gros massif osseux, dans le tissu cellulaire, et je refermai la plaie au crin de Florence.

Les premiers jours la douleur persista; le malade, comme il convient à un confrère, se désespérait.

Mais dès le troisième jour les douleurs diminuaient, disparaissaient; et le huitième jour, quand j'enlevai les crins, il se trouvait parfaitement bien, pouvant appuyer sur son coude sans réveiller ses anciennes douleurs.

Rien n'a été changé quant à la motilité des doigts, la sensibilité a seulement été abolie sur l'auriculaire; il paraît qu'elle était au moins très affaiblie avant mon opération.

La face interne de l'annulaire a conservé toute sa sensibilité et au contact et à la piqûre.

Notre confrère est aujourd'hui parfaitement guéri.

Voici la note que m'a remise M. Herrenschmidt, qui a bien voulu examiner le névrome enlevé :

Névrome du cubital.

Les coupes montrent une masse fibreuse, grossière, dans laquelle on peut distinguer deux zones : l'une fibreuse pure, plus ou moins riche en cellules propres, l'autre où des tubes nerveux sont encore reconnaissables au milieu du tissu fibreux; mais les faisceaux n'existent plus distincts dans leurs rapports avec l'endo, l'épi et le périnèvre; les fibres nerveuses sont dissociées en petits groupes de 3, 5, 10 tubes au plus, quelquefois un seul isolé, entourés et étouffés par la prolifération conjonctive. Le calibre des tubes nerveux semble être inférieur à la normale; il est difficile d'apprécier les lésions intimes des tubes nerveux, le matériel n'ayant pas été fixé d'une manière appropriée.

Il est certain que nous avons eu affaire ici à un névrome traumatique; notre confrère, dans sa chute, a dû écraser, ou tout au moins contusionner très violemment son nerf cubital, qui, n'étant recouvert que par la peau doublée dans cette région d'une mince couche de tissu graisseux, a été directement pris entre le massif osseux sur lequel il reposait et la marche en fer de l'escalier.

Le processus qui a suivi cette contusion a abouti au fibrome que j'ai enlevé.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1907

Présidence de M. QUÉNU.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Une note de M. POUSSON (de Bordeaux), intitulée : *Lithiase urinaire et tuberculose.*

Lecture.

Lithiase urinaire et tuberculose,

par le Dr ALFRED POUSSON.

L'intéressant rapport lu, dans la dernière séance, par M. Villemin, à propos d'une observation de M. Dieulafé, m'engage à communiquer à la Société quelques remarques touchant la coexistence de la lithiase et de la tuberculose, question sur laquelle mon attention a été attirée depuis plusieurs années.

Les exemples de concrétions uriques ou oxaliques, qui prennent naissance soit dans le rein, soit, ce qui est plus exceptionnel, dans la vessie, chez des malades longtemps confinés au lit pour cause de mal de Pott, d'ostéoarthrite, d'affections tuberculeuses diverses, mais plus particulièrement osseuses, ne manquent pas. Le Roy d'Etiolles en rapporte plusieurs observations. Dans un travail que j'ai fait en collaboration avec le professeur Demons « Sur l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse », une de nos observations se rapporte à un homme de vingt-huit ans, qui, après avoir gardé le lit pendant plusieurs années pour une coxo-tuberculose, fut atteint d'anurie calculeuse pour laquelle la néphrotomie fut pratiquée avec un plein succès. A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 7 avril 1905), j'ai présenté deux calculs uratiques rendus spontanément par un jeune homme de dix-huit ans immobilisé dans un corset plâtré depuis huit mois au mal de Pott dorso-lombaire. Il est sans doute bien peu de mes collègues de la Société qui n'aient par devers eux quelques faits semblables à ceux que je viens de rapporter. Cette tendance à la formation des calculs s'explique aisément par la surproduction des urates chez ces malades immobilisés et suralimentés.

Les concrétions calculeuses secondaires, phosphatiques presque toujours, ne sont pas non plus absolument rares dans les reins et surtout dans la vessie des malades atteints d'infection bacillaire à la phase de destruction suppurative. Leur genèse est facile à comprendre, et à ce point de vue elles offrent bien peu d'intérêt.

A côté de ces deux catégories de lithiasiques tuberculeux bien connues, il en est une troisième sur laquelle je désirerais appeler l'attention. Elle se compose de malades qui, ayant subi la néphrectomie pour des lésions rénales de tuberculose plus ou moins avancées dans leur évolution, rendent par la suite de grandes quantités de sable dans leurs urines, alors qu'avant l'extirpation du rein celle-ci n'en renfermait pas.

J'ai vu plusieurs de mes néphrectomisées (il s'agissait de femmes dans tous les cas) qui présentèrent ce phénomène morbide. Je crois pouvoir l'attribuer à la suralimentation, à la médication reconstituante et tonique, auxquelles furent soumis mes opérées, et plus particulièrement à l'emploi des préparations à bases minérales.

Contrairement à ce que l'on pourrait craindre, ces malades, qui n'ont plus qu'un seul rein constamment irrité par les sables qu'il lui faut éliminer, conservent l'intégrité de leur parenchyme rénal. C'est ainsi qu'une de mes premières néphrectomisées, dont l'opération remonte à plus de quinze ans, devenue lithiasique

et le demeurant encore, jouit du fonctionnement intégral de son rein et présente d'ailleurs une santé parfaite.

Sans renoncer d'ailleurs complètement à la médication que je viens d'incriminer, j'en ai restreint l'emploi et j'ai eu recours concurremment au traitement antilithiasique dans lequel j'ai donné une grande part aux eaux minérales lixiviatrices.

Je ne sais si ceux de mes collègues, ayant suivi leurs néphrectomisés pour tuberculose, ont observé cette lithiase post-opératoire. Je serais heureux de voir les observations de leur pratique confirmer les miennes.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de l'anastomose urétéro-rectale.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion de pratiquer tout récemment l'anastomose des deux uretères avec le rectum dans les conditions très exceptionnelles que voici :

Il s'agissait d'une jeune femme de trente-cinq ans, qui entra dans mon service à l'hôpital Cochin, au mois de février 1907. Elle était atteinte d'un cancer intra-cervical avec envahissement du bas-fond de la vessie, mais avec une mobilité telle de toute la masse cancéreuse que je pensai pouvoir et devoir passer outre et intervenir radicalement.

Je pratiquai la laparotomie après avoir dans un premier temps fait la désinfection du vagin et du col de l'utérus. Je tombai sur l'utérus adhérent par tout son col et une partie du corps au bas-fond et au corps de la vessie. Je pratiquai la ligature des deux hypogastriques, puis l'ablation totale de tout l'utérus, de toute la vessie jusqu'à l'urètre, et de la partie supérieure du vagin. Les deux uretères furent cherchés sous le péritoine; l'uretère droit était double en haut ; je liai une des branches; l'autre fut sectionnée de façon à pouvoir être anastomosée avec le rectum ; une petite boutonnière faite à l'intestin au niveau du promontoire permit de faire passer une sonde urétérale dans le rectum, jusqu'à travers l'anus ; celle-ci fut introduite dans le bout central de l'uretère ; ce dernier fut amené dans la petite boutonnière, de façon à proéminer dans le rectum et suturé par deux plans de sutures à la soie fine aux tuniques du rectum, sauf la muqueuse. Le péritoine fut refermé par-dessus.

A gauche, l'uretère fut recherché aussi; il était entouré d'une

masse ganglionnaire que j'enlevai. Il fut anastomosé comme le droit après passage d'une sonde urétérale sortant par l'anus.

Puis le péritoine vésical fut suturé au vagin (paroi postérieure) de façon à refermer le bassin en bas. Drainage abdominal par un Mickulicz et un gros drain; drainage par le vagin.

Les deux sondes urétérales amènent l'urine dans un urinal et elles ont fonctionné très régulièrement pendant les quarante-huit heures que l'opérée a vécu. Elle a en effet succombé au bout de ce temps à une infection péritonéale.

Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique propagé au corps et à la vessie.

Nous tenons surtout à insister sur le mode de suture des uretères au rectum en laissant de côté la muqueuse rectale et en insinuant l'uretère, de façon à ce qu'il pénètre en plein dans le rectum sur une longueur de 1 centimètre environ. Deux plans de sutures à la soie 00 réunissent l'uretère aux tuniques rectales, sauf la muqueuse; réunion du péritoine par-dessus. Peut-être cette manière de faire mettrait-elle mieux à l'abri de l'infection ascendante, qui est une des suites les plus fréquentes de l'anastomose. J'ai employé déjà ce procédé pour une urétéro-cystonéostomie.

M. Ricard. — Pour obtenir un bon fonctionnement de l'anastomose urétéro-vésicale, il faut une bonne technique, disait notre collègue Legueu, dans notre dernière séance. C'est ce qui m'autorise à vous communiquer aujourd'hui la technique à laquelle j'ai recours; car, elle est simple, facile, et me paraît appelée à donner de bons résultats.

Voici comment je procède :

La malade est placée en position de Trendelenburg avant de commencer l'opération.

Incision sur la ligne médiane.

Le péritoine incisé, je place mon écarteur à trois valves, deux latérales et une pubienne, afin d'avoir le plus de jour possible.

Après avoir maintenu l'intestin par de grandes compresses, je recherche l'uretère et incise le péritoine pré-urétéral sur une étendue suffisante.

Si l'uretère n'est pas reconnu immédiatement, j'agrandis l'incision péritonéale et remonte vers la bifurcation des gros vaisseaux.

L'uretère reconnu, on le libère en le disséquant à la sonde cannelée et au bistouri le plus soigneusement possible.

Ce temps est souvent difficile, car on trouve l'uretère le plus souvent enfoui dans le tissu cicatriciel qui entoure la fistule.

Quand l'uretère est libéré, on le sectionne juste au-dessus de

la fistule, ou un peu plus haut si on s'aperçoit qu'il est facile de mettre en contact la vessie et le bout rénal du conduit.

Je ne m'occupe pas du bout vésical.

Prenant alors le bout rénal, je retourne la muqueuse comme on retourne une manche d'habit. L'uretère prend alors l'apparence d'un gland recouvert de muqueuse. Je fixe la muqueuse ainsi retournée à l'adventice par deux points de catgut fin.

Sans passer aucune sonde ni pince dans la vessie, j'ouvre la couche musculeuse de cette dernière au bistouri, sur 2 centimètres environ, ne faisant cependant à la muqueuse que la fente nécessaire au passage de l'uretère.

Ce dernier, sans que l'on y introduise aucune sonde, est alors *glissé* dans la fente vésicale et *poussé* dans la vessie. On laisse pénétrer ainsi environ 1 centimètre et demi ou 2 centimètres d'uretère. A la fin de ce temps, l'uretère, dont la muqueuse a été retournée, est donc libre dans la cavité vésicale, à la façon d'un battant de cloche.

Un aide soutenant la vessie, à l'aide d'aiguilles intestinales, auxquelles on a préalablement fixé des fils de catgut (n° 0), je pratique les sutures de la façon suivante :

On prend toutes les parois de la vessie, moins la muqueuse, d'une part, et les tuniques externe et musculeuse de l'uretère, d'autre part.

On place ainsi circulairement quatre ou cinq points non perforants séparés, dont les chefs sont repérés au fur et à mesure.

Les sutures terminées, on s'assure de leur étanchéité et on coupe les chefs repérés.

Un second étage de sutures, également au catgut, augmente le contact vésico-urétéral sur une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de hauteur, produisant une véritable invagination de la vessie sur l'uretère.

Enfin je fixe la vessie au péritoine pelvien par un ou deux points de gros catgut.

J'amène ainsi la vessie au-devant de l'uretère, et la fixe en cette position de façon à relâcher l'uretère et à éviter tout tiraillement des sutures.

En général, je laisse un drain.

Voici le résumé des deux cas où j'ai pu utiliser cette technique.

Obs. I. — F. N..., vingt-trois ans. Novembre 1903. Hystérectomie abdominale subtotale, pour annexite suppurée double. Rien à noter, si ce n'est que l'état de septicité des lésions oblige à drainer. Aucun incident opératoire. Drainage pendant huit jours. Guérison, sans incident apparent. Sortie le 24 décembre 1903.

Cinq jours après sa sortie, la malade se sent mouillée sous elle, spontanément, surtout quand elle est couchée ou assise. Interrogée, elle croit, dit-elle, « s'être sentie mouillée déjà un peu avant sa sortie de l'hôpital, mais non d'une façon constante ».

La quantité d'urine rendue par la miction normale est très diminuée. La miction est douloureuse.

Le 15 janvier 1904, la malade revient consulter pour cette même incontinence d'urine, qu'un examen très attentif démontre être due à une fistule urétéro-cervicale.

Ce diagnostic est confirmé à Necker, où la malade séjourne en février et mars 1904. Elle rentre alors à Saint-Louis.

Au cours de l'opération, on constate une fistule urétéro-cervicale à droite. L'uretère était hypertrophié.

Au cours de cette première intervention, j'avais mis une sonde urétérale à demeure (ce que je ne fais plus). Cette sonde, qui sortait par l'urètre, fut fixée par une pince à un champ opératoire. Au moment du pansement, oubliant la présence de cette sonde, on rejeta les champs et la sonde urétérale se trouva ainsi enlevée. On ne s'en préoccupa d'ailleurs pas. Guérison immédiate de la fistule. La malade sort au bout de vingt et un jours.

En novembre 1904, la malade revient consulter pour des douleurs du côté droit, sans localisation très précise.

A la même époque (novembre 1904), on fit, à Necker, une cystoscopie. Cette dernière montra que la bouche de la cysto-néostomie était largement béante.

La séparation des urines montra que les deux uretères fonctionnaient parfaitement bien.

Cependant, l'urine était légèrement différente des deux côtés.

Du côté droit, côté opéré, elle était plus claire, plus abondante, moins riche en sels. On conclut que l'excrétion des sels était au total équivalente dans les deux reins, mais le rein droit devait sécréter plus d'urine pour éliminer la même proportion de sels que le gauche. Le rein droit n'était pas palpable.

En octobre 1905, nouvel examen fait par M. Iselin. A la cystoscopie, on voit toujours l'orifice de l'uretère anastomosé, mais cet orifice paraît moins large qu'au premier examen. De plus, la séparation des urines indiquait que le rein droit ne donnait plus rien.

Deux fois de suite on répète la séparation sans rien obtenir.

En mai 1906, on essaye le cathétérisme de l'uretère droit, mais sans pouvoir introduire une sonde.

On ne sent, dans la région lombaire, aucune tumeur rénale pouvant faire croire à de la rétention.

La malade, très névropathe, paraît bien portante ; elle se plaint cependant quelquefois de douleurs lombaires à droite.

En mai 1907, on fait un dernier examen de la malade. Il n'a pas été possible de passer une sonde urétérale.

Au cystoscope, on constate une cicatrice plane (ancien orifice de l'uretère droit). Au-dessus et en dehors, la nouvelle bouche urétérale

apparaît visible. On en voit sortir du liquide, mais d'une façon très inconstante.

On ne fait pas la séparation. On ne sent pas le rein.

La malade continue à bien aller.

Obs. II. — F. T..., vingt-neuf ans, entre à Saint-Louis pour lésions annexielles doubles. On pratique, le 30 novembre 1906, une hystérectomie subtotale. Les annexes sont très adhérentes ; on fait le procédé dit « de la décollation antérieure », afin de faire basculer l'utérus de bas en haut et de décoller les annexes par leur base. Rien à noter au cours de l'opération. Drainage.

Une heure environ après l'intervention, l'interne de garde est appelé en toute hâte auprès de l'opérée, qui présente les symptômes d'une hémorragie grave.

Immédiatement elle est transportée sur la table d'opération et le ventre est ouvert. On vide alors une quantité de caillots et on constate que le catgut serrant le pédicule utérin gauche a cédé.

On place aussitôt des pinces sur les tranches qui ne saignent plus en jet, mais en nappe, et on pose des ligatures le plus vite possible.

La malade, dont l'état est alors très affaibli, est immédiatement reportée dans son lit et on essaye de la remonter (sérum en grande quantité, huile camphrée, etc.).

Quelques jours après, survient une incontinence d'urine que l'on croit d'abord d'origine vésicale.

Après examen plus complet, on diagnostique une fistule de l'uretère et on se décide à pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie.

21 *janvier* 1907. — Laparotomie. On constate une fistule urétéro-cervicale avec le moignon du col, et on pratique la greffe de l'uretère et la fixation de la vessie, sans sonde urétérale, exactement suivant le procédé décrit. Drainage abdominal. Suites normales. Guérison complète de la fistule.

En mai 1907, la malade est examinée au cystoscope. On reconnaît le nouvel orifice qui est bien visible, mais on ne peut affirmer y voir sourdre du liquide. On essaye de cathétériser l'uretère. On bute au bout de 2 centimètres environ.

On place alors une sonde urétérale dans l'uretère droit (côté non opéré) et une sonde vésicale destinée à recueillir les urines provenant, par conséquent, du côté malade.

La malade reste avec ces deux sondes, environ une heure, afin de recueillir l'urine des deux côtés.

La sonde mise dans l'uretère sain fonctionne normalement et l'examen donne : urée 16,40, chlorures 18,30, albumine 0,50.

La sonde vésicale, destinée à amener l'urine du côté opéré, donne un peu d'urine, mais en très petite quantité. On peut cependant en faire l'examen, et on constate : urée 6,30, albumine 0,75. L'examen des chlorures n'a pu être fait car la quantité d'urine n'était pas assez considérable.

Un deuxième examen est pratiqué le 2 juillet 1907. Ayant constaté

la première fois que l'orifice de l'uretère anastomosé est situé latéralement un peu au-dessus et en dehors de l'ancien orifice, on pense que la séparation des urines peut être faite.

Séparation à l'aide de l'appareil de Cathelin. Au bout de dix minutes environ, on voit paraître quelques gouttes à droite (côté sain) et rien à gauche. Peu de minutes après, on voit apparaître plusieurs gouttes à gauche (côté anastomosé). Pendant quelques instants, l'écoulement se fait régulièrement à gauche comme à droite, puis, tout à coup, le côté gauche se met à donner beaucoup plus que le côté droit.

Pensant à une communication possible entre les deux côtés de la vessie divisée, on fait cesser l'écoulement du côté gauche. Cette manœuvre n'augmente pas le débit à droite. De ce dernier côté, il tombe des gouttes assez régulièrement. On peut donc être certain que la séparation était complète, et, fait curieux, c'est le côté anastomosé qui a le mieux fonctionné, au point de vue débit, pendant les trente minutes qu'a duré l'opération.

La quantité d'urine n'était pas suffisante pour faire un examen comparatif au point de vue de l'urée. On a simplement constaté que l'albumine avait diminué.

En résumé, six mois après l'opération, la séparation nous montre que chez cette malade le résultat fonctionnel de la bouche est des plus satisfaisants.

M. Tuffier. — J'ai étudié ici même en 1902 la valeur thérapeutique des anastomoses de l'uretère et j'ai publié dans la *Presse médicale* du 30 mars 1904 une étude tendant à démontrer que, pour affirmer le succès thérapeutique d'une de ces greffes, il était absolument nécessaire de s'assurer de son fonctionnement, soit par la séparation des urines, soit par le cathétérisme de l'uretère. Je considère en effet que la disparition des accidents d'une hydronéphrose par une opération sur l'uretère ne prouve absolument rien de la perméabilité parfaite de ce conduit. Il y a bien des années que M. Guyon a proposé, dans les fistules incurables de l'uretère, de lier tout simplement ce canal et de laisser le rein s'atrophier, et Landau a opéré avec plein succès une pareille fistule chirurgicale — par la ligature de l'uretère. —

Puisque ces oblitérations complètes du conduit excréteur et de la glande rénale peuvent se produire sans aucune réaction et être cliniquement absolument muettes, il est de toute nécessité avant de proclamer un succès de s'assurer directement de la perméabilité normale du nouvel orifice, et à cet égard la séparation ou mieux le cathétérisme sont seuls démonstratifs. Il y a huit ans, quand j'étais à Lariboisière, j'ai fait quelques tentatives de transplantation de l'uretère à la vessie dans les conditions suivantes :

l'anurie par étranglement des deux uretères au niveau du cancer utérin n'est pas très rare et peut être une cause de mort. On avait proposé et j'ai exécuté autrefois la néphrotomie pour des cas semblables, mais ajouter une nouvelle infirmité à toutes les misères des malheureuses femmes en proie à cette affection n'était guère satisfaisant. Aussi ai-je pratiqué dans plusieurs cas la section de l'uretère au-dessus du point étranglé par voie sous, ou transpéritonéale et sa suture au sommet de la vessie. C'était une véritable transposition de l'embouchure vésicale de l'uretère. Je me suis toujours servi dans ces cas du procédé de Van Hock, qui consiste à fendre sur un côté l'orifice circulaire de l'uretère pour offrir une plus vaste surface à l'affrontement. Quelques-unes de mes sutures ont parfaitement tenu; d'autres ont laissé une fistule partielle temporaire ou définitive, et la survie de ces femmes ne m'a vraiment pas paru suffisante pour continuer à pratiquer cette opération. Le rétrécissement à la suite de ces sutures urétéro-vésicales ne se fait pas au niveau de la muqueuse, mais au-dessus, sur le trajet de l'uretère à travers la musculeuse de la vessie. C'est d'ailleurs l'écueil que constatent tous les auteurs et l'origine des très nombreux procédés qui ont été proposés pour remédier à cet inconvénient. En somme, c'est le rétrécissement du nouvel orifice qui constitue une des causes de l'échec thérapeutique de ces anastomoses.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai rien à répondre aux orateurs qui ont bien voulu prendre la parole sur la question des anastomoses urétéro-intestinales, puisqu'ils ont confirmé ce que j'ai dit dans mon rapport. Il ne me reste donc qu'à les remercier.

Mais la question ayant été étendue aux anastomoses urétéro-vésicales, je vous demande la permission de rapporter deux cas inédits d'urétéro-cystostomie.

Ma première observation est celle d'une femme de quarante-six ans, Clémence B..., qui avait été opérée, le 29 novembre 1903, d'un fibrome. Ce n'est pas moi qui l'ai opérée; je ne puis donc vous dire que ce qu'elle m'a raconté. Douze jours après l'opération, elle eut une phlébite et remarqua pour la première fois, le dix-huitième jour, qu'elle perdait de l'urine en dehors des mictions.

Je vis la malade le 13 janvier 1904. Il n'y avait plus de col utérin : l'hystérectomie avait été totale. Au fond de la cicatrice vaginale, un peu à gauche, existait un petit orifice par où on voyait suinter l'urine. La situation de l'orifice me fit penser que c'était l'uretère gauche qui était en cause.

Je priai M. Luys de faire la séparation des urines. Celle-ci

montra, à ma grande surprise, que la fistule siégeait sur l'uretère droit. Seul, l'uretère gauche donnait de l'urine par la vessie. Luys essaya de pratiquer le cathétérisme urétéral. Il réussit celui de l'uretère gauche avec la plus grande facilité; au contraire, du côté droit, la sonde fut arrêtée à quelques centimètres de la vessie.

Je fis l'urétéro-cystostomie le 2 février 1904. L'abdomen ouvert, je tombai d'abord sur des adhérences de l'épiploon à la vessie, au moignon utéro-annexiel, adhérences si solides que je dus les disséquer aux ciseaux. Après leur libération, l'uretère droit devint facile à trouver. Il était à la fois distendu et épaissi, de sorte qu'il avait le volume du petit doigt.

Je le disséquai de haut en bas, jusqu'au point où il se fusionnait avec le moignon cicatriciel. C'est là que siégeait la fistule : je le sectionnai.

Mais le bout supérieur était court, complètement inextensible, de sorte qu'il était absolument impossible de l'amener au contact de la partie inférieure de la vessie. Je dus l'anastomoser assez haut sur la face postérieure, en faisant un pli à la paroi vésicale. Dans ces conditions, il était absolument impossible de faire l'invagination, que je recommandais à propos des anastomoses urétéro-intestinales et qui me paraît donner les meilleures chances de succès.

J'incisai la vessie sur un cathéter qui refoulait sa paroi postérieure. Je fendis l'uretère longitudinalement pour agrandir son orifice; j'y plaçai une sonde qui avait été introduite par l'urètre et la vessie, et, comme il fallait une suture capable de résister à une certaine traction, je fis un premier plan de points séparés au catgut, comprenant toute l'épaisseur de l'urètre et de la vessie.

Cette suture perforante ne pouvait suffire. Pour la protéger et lui donner un point d'appui, je fis une autoplastie vésicale. Je taillai sur la face postérieure de la vessie, tout autour du nouvel orifice, un lambeau péritonéal circulaire; je le rabattis en arrière sur l'uretère qu'il entourait comme une manchette, et je le fixai par des points non perforants.

Je suturai le péritoine au-dessous de l'uretère, parce qu'il était impossible de le suturer au-dessus. En effet, ce conduit formait une corde tendue au travers du petit bassin, du détroit supérieur à la vessie. Cette situation était singulièrement défavorable. L'uretère était exposé à subir la pression des intestins. Ceux-ci, d'autre part, pouvaient se couder et s'étrangler sur lui. Pour éviter autant que possible ce double inconvénient, je rabattis les lambeaux épiploïques détachés au commencement de l'opération; je les suturai soigneusement entre eux et à la vessie, de telle façon

qu'ils recouvraient complètement l'uretère et son nouvel abouchement.

La paroi abdominale fut suturée complètement sans drainage.

Les suites opératoires ne présentèrent rien qui mérite d'être noté. La température n'a pas dépassé 37°3.

La sonde urétérale donna 350 grammes pendant les premières vingt-quatre heures. Le second jour, elle se boucha et fut enlevée; le troisième jour, il y eut 800 grammes d'urine émise par la vessie, 800 grammes encore le quatrième et 1.100 le cinquième.

Les fils furent enlevés le 10 février; la réunion était parfaite.

La séparation des urines a été pratiquée par mon ami Luys le 22 février. On a recueilli une quantité d'urine à peu près égale des deux côtés. Malheureusement, je n'ai pu retrouver l'analyse de ces urines. Je le regrette, bien qu'un résultat, constaté à une époque aussi rapprochée de l'opération, ne prouve rien pour l'avenir.

Dans mon second cas, la fistule était consécutive à une hystérectomie abdominale que j'avais faite pour un cancer du col. L'uretère droit avait été disséqué mais non coupé. Je pense qu'il s'est sphacélé secondairement. Toujours est-il que l'écoulement involontaire d'urine se produisit pour la première fois le dixième ou le onzième jour.

L'opération avait été faite le 13 novembre 1905. M. Luys tenta le cathétérisme urétéral le 29 janvier 1905. Du côté droit une sonde n° 5 pénétra, mais fut arrêtée à deux centimètres environ. Du côté gauche, l'uretère laissa passer la sonde.

Je fis l'urétéro-cystostomie le 6 février 1907. L'abdomen ouvert, j'incisai le péritoine sur le trajet de l'uretère et le disséquai de manière à former deux lambeaux, l'un interne et l'autre externe. L'uretère était gros comme un crayon et très dur. Sa libération fut extrêmement laborieuse. Il y avait une péri-utérite intense qui le rendait extrêmement adhérent. Je le disséquai aussi bas que possible avant de le couper. Au moment de la section, il s'écoula une quantité notable de liquide puriforme.

Dans ce cas, je pus amener l'uretère au contact de la partie tout à fait inférieure de la vessie et je fis l'anastomose en suivant la technique dont j'ai parlé dans un rapport sans mettre de sonde à demeure.

La paroi fut suturée sans drainage.

Deux jours après l'opération, la température s'éleva à 38°2. Mais il faut noter que la malade avait eu auparavant des oscillations thermiques à 39° dues sans doute à l'infection de son rein. Le troisième jour, c'est-à-dire le 9 février, la température revint à

la normale, mais le 20 et le 23, elle présenta encore deux oscillations jusqu'à 39 degrés.

La malade quitta l'hôpital le 1er mars, très satisfaite de son état.

Je la priai de revenir le 19 avril. Elle était enchantée. Sa santé générale était parfaite : elle n'avait ressenti aucune douleur. Ce jour-là, M. Luys fit la séparation. Le séparateur fut laissé une demi-heure en place. Pendant ce temps, il ne vint pas une seule goutte d'urine du côté droit.

A ce propos, j'ai été surpris d'entendre Legueu et tout à l'heure Tuffier mettre en doute la valeur de la séparation pour nous renseigner sur les résultats fonctionnels des anastomoses urétérales. Sans doute, si une anastomose avait été faite juste sur la ligne médiane, le séparateur pourrait comprimer le nouvel orifice. Sans doute, si l'uretère d'un côté avait été implanté dans la vessie du côté opposé, le résultat de la séparation serait trompeur. Mais ce sont là des conditions bien exceptionnelles, sur lesquelles l'opérateur est d'ailleurs renseigné. S'il arrivait à un chirurgien de faire l'anastomose dans de telles situations, évidemment, il devrait recourir à un autre moyen que la séparation pour se renseigner sur son fonctionnement.

Hormis ces circonstances, que peut-on reprocher à la séparation, quand elle montre que le rein du côté sain sécrète en abondance une urine normale, tandis qu'il ne vient rien du côté anastomosé ? Que peut-on lui reprocher encore, quand les choses se passent de la façon suivante ? Il s'agissait d'une malade à qui j'avais fait une large résection du bassinet droit suivie d'une urétéro-pyélostomie. Luys place son séparateur. Du côté gauche, l'urine sort par éjaculations régulières. Pendant vingt minutes, il ne vient rien du côté droit. Puis, ce dernier se met à donner par éjaculations si rapprochées et si abondantes qu'au bout de trente-cinq minutes la quantité émise de ce côté était presque égale à celle provenant du côté opposé. Mais tandis que l'urine du côté droit était de coloration normale, jaune ambrée, celle du côté gauche était absolument blanche. Il me semble que dans ce cas il n'y a pas place pour l'erreur.

J'ai donc la plus grande confiance dans la séparation pour nous fixer sur les résultats des anastomoses urétérales. J'ajoute même que le cathétérisme, qui seul a la confiance de Legueu et de Tuffier, me paraît lui être inférieur, et voici pourquoi :

Après les anastomoses urétéro-vésicales, le cathétérisme de l'uretère opéré est bien souvent impossible. Les plus habiles, les plus expérimentés ont échoué. On peut alors faire le cathétérisme du côté sain, et voir si, pendant que la sonde est en place, il arrive

de l'urine dans la vessie. Je crains que ce procédé ne donne pas autant de garanties qu'on pourrait se l'imaginer. On court le risque de se tromper en attribuant l'urine qui arrive dans la vessie au rein du côté opéré, car il n'est pas douteux que, dans bien des cas, une certaine quantité d'urine filtre entre la sonde et la paroi de l'uretère.

Et quand on réussit à faire le cathétérisme du côté opéré et qu'on recueille de l'urine, est-on sûr que le cathétérisme n'a pas redressé une courbure, une coudure de l'uretère? Est-on sûr que ce n'est pas le cathétérisme qui a permis à l'urine de s'écouler? Est-on sûr que sans le cathétérisme cette urine serait arrivée dans la vessie?

J'ai observé, il y a cinq ou six ans, un fait bien intéressant à ce point de vue. J'en ai déjà parlé ici.

Il s'agissait d'une autre urétéro-pyélostomie. La malade, qui souffrait de crises horriblement douloureuses d'hydronéphrose intermittente, n'avait pas ressenti depuis l'opération la moindre douleur du côté de son rein. Mon ami Noguès fit la séparation des urines, et quand il m'annonça que le côté opéré n'avait pas donné une seule goutte, je ne pus m'empêcher de croire à une erreur. Il me semblait inadmissible que ce rein, qui était parfaitement indolent, ne fonctionnât pas. Une seconde séparation fut faite avec le même résultat. J'insistai pour qu'on répétât les tentatives de cathétérisme de l'uretère opéré, tentatives qui jusque-là avaient échoué. Pasteau réussit, et recueillit du côté opéré presque autant d'urine que de l'autre.

Quand j'ai parlé de ce cas ici, Hartmann m'objecta que la sonde pouvait avoir redressé une coudure de l'uretère, et que le cathétérisme ne prouvait pas que ce rein fonctionnait. Il avait raison. L'argument auquel j'attribuais alors tant de poids, je veux dire l'absence de toute réaction, l'indolence absolue du rein, cet argument, qui paraît si logique, n'a aucune valeur.

J'ai signalé dans mon rapport ces faits où le rein disparaît physiologiquement d'une manière complètement insidieuse. J'ai comparé cette sorte de *néphrolyse* sous-capsulaire à la castration sous-albuginée. Legueu en a rapporté une observation remarquable, absolument complète, pusqu'elle va jusqu'à l'autopsie; et Routier a signalé, il y a quelques années, un fait du même genre. Cette néphrolyse est mystérieuse. Nous n'en connaissons pas le mécanisme ni le processus; mais elle existe incontestablement, et c'est l'une des conclusions intéressantes qui se dégage de la discussion actuelle.

Quelle est sa fréquence? Nous ne le savons pas, nous ne le savons pas du tout. Peu de malades ont été suivis; très peu ont

ont été suivis assez longtemps. Il est à craindre qu'elle soit plus fréquente qu'elle ne le paraît, car son évolution est parfois lente, et il faut des mois pour qu'elle se complète dans certains cas. Tel rein dont l'activité était simplement diminuée deux ou trois mois après l'opération s'est peut-être atrophié complètement plus tard.

Est-ce une raison pour renoncer aux anastomoses ou aux greffes urétérales? Je ne le pense pas. Si fréquente que soit cette néphrolyse insidieuse, elle n'est pas constante. Un cas de Guinard que j'ai cité, mes deux malades qui vivent avec leurs deux uretères greffés sur l'intestin prouvent, avec d'autres, que le rein, dans ces conditions, peut continuer à fonctionner. Nous devons donc conserver ces opérations, mais en nous efforçant de diminuer le nombre des faits où elles ne donnent pas tout ce qu'elles devraient donner. Et pour cela, il faut d'abord déterminer les causes de la néphrolyse consécutive.

On l'a attribuée à des vices de technique. Il n'est pas douteux qu'une anastomose mal faite puisse la produire. Il ne me paraît pas douteux non plus qu'une anastomose qui ne réunit pas complètement par première intention est presque fatalement condamnée à l'insuccès. Legueu a eu raison de le dire. Mais ces deux causes ne peuvent pas toujours être incriminées. Dans le second cas dont je vous ai parlé aujourd'hui, l'opération a été simple et correcte. La réunion s'est faite par première intention, puisque je n'ai pas fait le moindre drainage, et que le malade n'a présenté aucun accident. Cependant, deux mois et demi après, le rein ne fonctionnait plus.

A côté des fautes de technique ou des accidents opératoires, le facteur qui me paraît le plus important, c'est l'état d'infection urétéro-pyélique qui préexiste à l'opération.

Or, le second point sur lequel j'avais insisté dans mon rapport, et que les faits apportés dans la discussion ont pleinement confirmé, c'est la constance des lésions infectieuses de l'arbre urinaire dans les cas de fistules urétérales. Ces lésions se produisent même dans les cas de fistule vésico-vaginale, ce qui prouve, je le répète, que le prétendu sphincter urétéral ne joue pas un grand rôle.

Aussi, ce qui me paraît le plus important pour conserver des reins ayant une valeur physiologique, c'est de faire des opérations précoces. Il ne faut pas attendre, atermoyer, faire patienter les malades sous prétexte que la fistule urétérale peut guérir spontanément; il le faut d'autant moins que les prétendues guérisons qui ont été signalées sont peut-être dues tout simplement à l'atrophie du rein. Quand il existe une fistule urétérale bien cons-

tatée, il faut intervenir le plus tôt possible. C'est la dernière conclusion qui me paraît se dégager de notre débat.

Rapports.

A propos de l'estomac biloculaire.
Deux observations du Dr Jeanne (de Rouen),

par M. TUFFIER.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur la très intéressante observation d'estomac biloculaire que nous a adressée M. le Dr Jeanne, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen. J'ai reçu de ce même auteur une seconde observation que je vous demande la permission de vous exposer, et j'y joindrai les faits de ma pratique personnelle pour étudier quelques points de l'*anatomie pathologique*, de la *clinique* et du *traitement* de cette lésion. Voici d'abord la première observation de M. Jeanne; j'ai pu voir la malade et constater son état lors de l'opération.

Estomac biloculaire cicatriciel. Légère périgastrite adhésive postérieure. Diminution de la capacité gastrique, insuffisance de l'alimentation. Symptômes de « petit estomac » et non de sténose. Cachexie. Gastrolyse, Gastro-gastro-anastomose antérieure. Guérison parfaite.

Mme F..., cinquante-deux ans. Mère bien portante, trois sœurs mortes de tuberculose pulmonaire; une encore vivante, bien portante; un frère, bien portant.

Jusqu'en l'année 1884, aucun incident morbide, quoique de « petite santé ». A cette époque, presque en parfait état, *hématémèse soudaine*, la patiente ayant éprouvé seulement, quelques jours auparavant, de la pesanteur et de la gêne au creux épigastrique. Cet incident passé, les quatre ou cinq années suivantes sont calmes. Mais vers 1889, commence pour ne plus s'arrêter une longue odyssée de souffrances gastriques qu'on peut résumer de la façon suivante : *elles procèdent par périodes de plusieurs semaines*, de deux, trois mois même, se traduisant par des douleurs, des pesanteurs, des sensations de brûlure même, un malaise et un affaiblissement général; puis, cette *longue crise* terminée, la malade entre dans une période d'accalmie *relative*, qui peut durer six mois, un an, quinze mois même. Et le même cycle recommence.

En 1901, consulte pour la première fois le Dr V..., dont je résume comme suit les notes : Sensation de fer rouge à l'épigastre s'irradiant dans le dos et pesanteur douloureuse une heure ou une heure et demie

après le repas, *se prolongeant jusqu'au repas suivant*; l'ingestion d'une faible quantité d'aliments calme momentanément, mais les douleurs réapparaissent peu de temps après. Les nuits sont bonnes, mais au réveil, la bouche est sèche. En résumé, douleurs provoquées par l'ingestion alimentaire, même par le lait, mais aucun vomissement. Le palper est *négatif* et *indolore*.

La mise au régime lacté exclusif amende considérablement l'état : les brûlures disparaissent, mais il persiste quand même une sensation de crampe, de constriction. La patiente va ainsi jusqu'au mois de janvier 1903, où les crampes après le repas de midi deviennent plus fortes. Tant bien que mal, elle atteint sans trop souffrir, mais l'excitabilité de l'estomac toujours en éveil, le mois de janvier 1905. A cette époque, exacerbation des plus vives, comme en l'année 1901, suivie d'une amélioration.

Toute l'année, alternatives de recrudescence et d'accalmie, et finalement, en avril 1906, l' « état de mal » gastrique devient permanent.

Depuis lors, il n'a pour ainsi dire plus cessé. Pendant plusieurs mois, le régime lacté absolu, le repos au lit ou sur la chaise longue, la révulsion épigastrique sous forme de compresses chaudes n'amènent aucun soulagement. Et maintenant, on observe que l'estomac ne supporte que de *faibles quantités* de lait à la fois.

En décembre 1906, un vomissement noirâtre peu abondant, survient peu de temps après un premier vomissement alimentaire. Diète hydrique, lavements alimentaires, sérum de Quinton ; en un mot, l'estomac est mis au repos absolu, l'état général étant soutenu d'autre part par les lavements alimentaires et les injections de sérum. A ce régime, sédation complète.

Timidement, l'alimentation lactée est reprise, mais lorsque la quantité de liquide ingéré arrive à atteindre un litre, la patiente éprouve à nouveau des pesanteurs, des brûlures, et rejette en plusieurs vomissements un peu de lait à demi digéré, mélangé de grains noirâtres, marc de café (janvier 1907). Pendant le premier trimestre 1907, l'examen attentif confirme ce qui s'annonçait déjà l'année dernière : c'est que ce n'était pas tant la *qualité* des aliments que leur *quantité* qui provoquait les révoltes de l'estomac. C'est ainsi qu'on peut donner du bouillon, du jus de viande, de la viande crue, des œufs, en un mot, tout autre chose que du lait, sans amener de crises douloureuses; jusqu'à concurrence d'une certaine quantité d'ingesta qu'il ne faut pas dépasser, sous peine de réveiller une crise. Comme toujours, celle-ci consiste en pesanteur, en renvois, elle est améliorée ou se termine si un ou deux vomissements libèrent l'estomac. C'est ainsi que le 25 janvier, l'alimentation après avoir atteint, pendant trois jours, la valeur d'un litre, doit être diminuée pour parer aux phénomènes douloureux ; on n'évite pas, néanmoins, la crise du 27. Une nouvelle survient le 12 février, puis le 14, toujours dans les mêmes conditions. Il est à noter encore que non seulement la quantité ingérée *dans les vingt-quatre heures doit être faible*, et ne peut atteindre sans risque la dose d'un litre, mais que l'estomac ne tolère cette *faible dose quotidienne* que par toutes *petites fractions*

horaires : ainsi, il ne peut être question d'administrer à la fois 120 ou 150 grammes de lait toutes les deux heures ; il faut, pour que la ration totale soit tolérée, qu'elle soit donnée par *gorgées* en quelque sorte, par 50 ou 60 grammes au plus : pour arriver à soutenir les forces, on les fait prendre *toutes les heures*. Je recopie ici, par exemple, le régime alimentaire des 18, 19, 20 janvier et celui du 26 janvier, veille de crise :

18 janvier.

10 h. matin	60 gr.
11 h. matin	60 gr.
12 h. matin	50 gr.
2 h. après-midi	60 gr.
3 h. 1/4	60 gr.
4 h. 1/2	60 gr.
6 h.	50 gr.
7 h.	60 gr.
8 h. 1/2	50 gr.
11 h.	50 gr.
1 h. 1/4	60 gr.
5 h. 1/2	60 gr.
8 h. 1/2	60 gr.
9 h. 3/4	60 gr.
Total	800 gr.

19 janvier.

11 h. matin	60 gr.
12 h. 1/2	60 gr.
1 h. 1/2	60 gr.
2 h. 3/4	60 gr.
4 h. 1/4	60 gr.
5 h. 1/2	60 gr.
7 h. 1/4	60 gr.
8 h. 1/2	60 gr.
9 h. 3/4	60 gr.
12 h.	60 gr.
3 h.	60 gr.
6 h. 1/2	60 gr.
8 h. 1/2	60 gr.
9 h. 3/4	60 gr.
Total	840 gr.

20 janvier.

11 h. matin	60 gr.
Midi	60 gr.
1 h.	60 gr.
2 h.	60 gr.
3 h.	60 gr.
4 h.	60 gr.
5 h. 1/4	60 gr.
6 h. 1/4	50 gr.
7 h. 1/4	60 gr.
8 h. 1/4	60 gr.
9 h. 1/4	60 gr.
11 h. 1/2	60 gr.
3 h. 3/4	60 gr.
8 h. 1/4	60 gr.
9 h. 1/4	60 gr.
10 h. 1/4	60 gr.
Total	950 gr.

26 janvier.

Midi 1/4	50 gr.
1 h. 1/4	60 gr.
2 h. 1/4	60 gr.
3 h. 1/4	50 gr.
4 h. 1/2	»
5 h. 1/4	40 gr.
6 h. 1/4	40 gr.
7 h. 1/4	6 cuillerées à café.
8 h. 1/4	60 gr.
9 h. 1/4	50 gr.
Total	416 gr.

On remarquera, à la lecture de ce tableau, que l'alimentation devait être continuée même pendant la nuit, sous peine de ne plus arriver qu'à un total insignifiant ; à certaines heures, la dose ordinaire, déjà si faible, est réduite encore : c'était à la demande même de la malade chez qui s'annonçaient ou persistaient de la pesanteur ou du gonflement gastriques. Les jours de grande crise, la diète était absolue, et on recommençait péniblement à reconquérir le bénéfice perdu : la ration

quotidienne s'élevait à 200, 400, 800 grammes, voire même un litre. Mais presque aussitôt ou sur la demande même de la patiente, ou sur la menace ou l'arrivée d'une crise douloureuse, on retombait au-dessous du demi-litre. Au reste, l'estomac vide, après une diète de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, cette pauvre femme se trouvait bien, malgré sa faiblesse; plus de douleurs, plus de gêne, et elle concluait : quand je ne mange pas, je vais très bien.

Voici, du 17 janvier au 17 mars, la liste des quantités alimentaires ingérées :

17 janvier, 800 gr. — 18 janv., 800 gr. — 19 janv., 840 gr. — 20 janv., 950 gr. — 21 janv., 900 gr. — 22 janv., 1.080 gr. — 23 janv., 1.020 gr. — 24 janv., 1.020 gr. — 25 janv., 960 gr. — 26 janv., 400 gr. — 27 janv., **crise**, diète, glace *ab ore*. — 28 janv., 235 gr. — 29 janv., 510 gr. — 30 janv., 690 gr. — 31 janv., 990 gr.

1er février, 870 gr. — 2 fév., 870 gr. — 3 fév., 930 gr. — 4 fév., 930 gr. — 5 fév., 990 gr. — 6 fév., 950 gr. — 7 fév., 950 gr. — 8 fév., 1.100 gr. — 9 fév., 1.145 gr. — 10 fév., 1.190 gr. — 11 fév., 1.210 gr. — 12 fév., 535 gr.; **crise**, 4 vomissements, pas de sang. — 13 fév., 540 gr. — 14 fév., 250 gr.; **crise**, 3 vomissements, pas de sang. — 15 fév., diète. — 16 fév., diète. — 17 fév., 265 gr. — 18 fév., 450 gr. — 19 fév., 590 gr. — 20 fév., 680 gr. — 21 fév., 790 gr. — 22 fév., 780 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 23 fév., 910 gr., plus deux cuillerées de jus de viande. — 24 fév., 1.040 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 25 fév., 1.080 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 26 fév., 285 gr. — 27 fév., 210 gr. — 28 fév., 120 gr., plus 1 cuillerée de jus de viande.

1er mars, 390 gr., plus une cuillerée de jus de viande. — 2 mars, 520 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 3 mars, 255 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 4 mars, 600 gr., plus 2 cuillerées de jus de viande. — 5 mars, 450 gr., plus viande râpée, un peu de bouillon. — 6 mars, 550 gr., plus viande râpée, un peu de bouillon. — 7 mars, 650 gr., plus 240 gr. de bouillon, 140 gr. de viande. — 8 mars, 560 gr., 300 gr. de bouillon, 210 gr. de viande. — 9 mars, 60 gr., plus 120 gr. de bouillon, 35 gr. de viande. — 10 mars, 240 gr. — 11 mars, 300 gr. — 12 mars, 340 gr., plus 4 cuillerées de jus de viande. — 13 mars, 420 gr., plus 3 cuillerées de jus de viande. — 14 mars, 600 gr., plus 3 cuillerées de jus de viande. — 15 mars, 660 gr., plus 3 cuillerées de jus de jus de viande. — 16 mars, 570 gr., plus 3 cuillerées de jus de viande. — 17 mars, 360 gr., plus 1 cuillerée de jus de viande.

En somme, la malade était prise entre ces deux alternatives : ou augmenter la ration alimentaire, ce qui ne tardait pas à provoquer l'intolérance gastrique (douleurs, vomissements), ou la réduire, ce qui la condamnait par un autre mécanisme à mourir de faim. Et, en effet, du 20 février au 12 mars, son poids, déjà faible, de 70 livres s'abaissa à 65 livres.

L'intervention, discutée à deux reprises, fut définitivement acceptée après une nouvelle consultation (Dr Tuffier). Elle eut lieu le 18 mars.

Voici une note d'examen à la date du 18 février.

Malade très maigre, squelettique, les membres secs, grêles, décharnés, la cage thoracique dessinée, comme s'il n'y avait plus de téguments. Disparition de la graisse sous-cutanée, peau mince, sèche. Pourtant le

teint n'est pas terreux, ni jaune paille, les yeux sont assez vifs, les lèvres encore rosées. Le front est ridé, les joues sont creuses, la malade paraît plus âgée qu'elle l'est réellement.

Le cœur, les poumons sont normaux, le pouls est tendu, parfait, irrégulier, variant de 80 à 100.

Les urines, très peu abondantes, en raison de la faible quantité d'aliments ingérés, ne contiennent pas d'albumine.

Grande faiblesse; depuis quatre mois, la malade n'a pas quitté le lit.

Abdomen et tube digestif. — La langue est saburrale, couverte d'un enduit épais, ou plutôt hérissée de papilles blanchâtres, hypertrophiées, dans les neuf-dixièmes de la largeur; elle est rouge vif et exulcérée sur les bords. Sécheresse. L'abdomen est légèrement saillant, à cause d'un certain degré d'ensellure lombaire qui permet de glisser la main sous les reins, même lorsque la patiente repose tout à fait sur le dos.

Battements épigastriques. Pas de rein mobile.

L'examen de l'estomac est négatif; nulle part il n'est douloureux, même à une palpation prolongée; il ne paraît pas dilaté. Nulle induration, nulle tumeur. Pylore insensible; peut-être le muscle droit du côté droit est-il un peu plus tendu que de l'autre côté, mais cela même est douteux. Pas de contractions péristaltiques.

Le lavage de l'estomac, l'examen du suc gastrique, l'insufflation, la radioscopie ne sont pas pratiquées, vu la faiblesse de la malade; le diagnostic reste en suspens. Toutefois, les symptômes me paraissaient bien traduire une diminution de la capacité gastrique, sans sténose pylorique, et je pensai qu'il pouvait s'agir d'une périgastrique ulcéreuse; enserrant et immobilisant l'estomac. En tout cas, ce qui n'était pas douteux, c'était la nécessité et même l'urgence de l'intervention.

Opération le 19 *mars.* — Ethérisation, en raison de l'état de l'opérée.

Incision depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Minceur de la paroi. Le péritoine incisé, l'estomac bombe; toutefois le pylore ne paraît pas épaissi, ni nettement rétréci; il est seulement congestionné; ses vaisseaux, comme d'ailleurs ceux du reste de l'organe, plus dilatés qu'à l'état normal.

Avant de rien décider, je fais l'examen de *tout* l'estomac; en l'attirant on reconnaît sans peine qu'il présente un rétrécissement au voisinage de sa partie moyenne, qui en fait un bel exemple d'estomac biloculaire. La sténose s'est faite tant aux dépens de la petite que de la grande courbure. Tractus blanchâtres au niveau de la partie rétrécie qui, étalée, aplatie, ne mesure pas plus de deux travers de doigt de largeur. Ce défilé s'étend sur une hauteur de trois travers de doigt, il est moins épais que les poches qu'il sépare, inextensible, mais sans induration. Les deux poches bombent, en avant de lui; elles sont de volume peu différent; toutefois la poche cardiaque semble un peu plus considérable.

Le pylore paraissant normal, je me décide à faire une gastro-entérostomie postérieure sur la poche cardiaque.

Perforation du mésocôlon, mais assez délicate, parce que les arcades vasculaires ne revêtent pas le type classique; la grande arcade médiane manque et est remplacée par de plus petites. Mais il y a aussi une

autre difficulté; l'arrière-cavité épiploïque est presque complètement comblée par des adhérences minces, mais bien constituées qui unissent ses deux feuillets; je les romps, et fais l'hémostase. Mais nouvel obstacle; la poche cardiaque ne peut être amenée au dehors, elle ne cède pas aux tractions, son fond est presque impossible à atteindre, et l'anastomose gastro-intestinale, difficilement praticable, serait en outre fort dangereuse, puisqu'il faudrait la pratiquer dans la profondeur, sans protection suffisante. Dans ces conditions j'y renonce et je ferme la brèche mésocolique, et reviens en avant.

Je ne songeai qu'un instant à pratiquer une gastroplastie, mais l'étendue du défilé cicatriciel, la crainte des mauvais résultats ultérieurs me décidèrent à anastomoser les deux poches.

L'étendue du tissu cicatriciel ne se prêtant pas à pratiquer la nouvelle bouche stomacale à la partie déclive, je déprimai le rétrécissement, et les deux poches, bombant comme les deux moitiés d'une vessie liée en son milieu, s'accotèrent l'une à l'autre au-devant du défilé. Je les fixai dans cette position par un surjet séro-séreux transversal, étendu de la petite à la grande courbure, et je terminai l'anastomose des deux poches par l'ouverture de chacun, les deux surjets muco-muqueux et enfin le surjet séro-séreux antérieur, prenant garde que la nouvelle bouche eût *trois doigts de large*, et qu'elle fût en *plein tissu sain*, loin de tout tissu cicatriciel. Au cours de l'abouchement, la poche pylorique montra un contenu bilieux, verdâtre, et la poche cardiaque simplement un mucus blanc-grisâtre : la séparation était donc bien complète.

Fermeture de l'abdomen sans drainage. Le soir même et dans la nuit, deux vomissements verdâtres (jamais la malade n'avait vomi de bile auparavant).

Le 20 mars, on donne 100 grammes de lait, 100 grammes d'eau. Bonne mine.

Progressivement, l'alimentation arrive en une semaine à un litre de lait, mais dès qu'on augmente la ration journalière, l'opérée est reprise de gêne, de ballonnement. Ces petits incidents durèrent huit jours, jusqu'à ce que deux purgations successives eussent complètement exonéré l'intestin.

Dès lors, soit une dizaine de jours après l'intervention, l'alimentation se fit sans encombre, la malade prenant sans distinction aucune tous les plats qu'on lui présentait, partageant en un mot le copieux régime de la maison de santé. Les digestions se firent bien, l'appétit revint complètement, et la constipation, jusque-là tenace, disparut spontanément.

Au bout de quinze jours, la malade était méconnaissable, la figure s'était remplie, la langue était redevenue humide, les ulcérations des bords avaient disparu, l'amaigrissement avait rétrocédé.

Un mois après l'intervention, elle reprend sa vie habituelle, suspendue depuis des mois. Deux mois après, elle avait engraissé de 10 livres. Et depuis lors la guérison s'est maintenue et accentuée, avec un fonctionnement parfait des organes digestifs.

Absolument différente est la seconde observation :

Ulcère calleux cicatrisé de la petite courbure, étendu à la région pylorique et à la face postérieure. Périgastrite, fusion avec le pancréas, pénétration dans le foie. Biloculation. Sténose pylorique. Gastrolyse; ouverture de l'ulcère, occlusion. Gastro-gastro-anastomose. Gastro-entérostomie secondaire.

Mme R..., trente-quatre ans, habitant la campagne, s'est mariée à vingt-huit ans, a eu deux grossesses normales, l'une à trente ans, l'autre à trente-deux ans. Depuis quatorze ou quinze ans, elle souffre de l'estomac; chaque année ou presque, la période douloureuse dure trois ou quatre mois, pendant lesquels elle est forcée de se mettre au régime lacté complet. Si elle prend des aliments solides, apparaissent des *crises* très douloureuses sensations de contractions, de torsions vite apparues, vite évanouies, qui débutent vingt à vingt-cinq minutes après le repas; elles sont momentanément *calmées* par l'ingestion d'un peu de lait. Constipation. Jamais de vomissements, pas de gastrorragies (ni hématémèses, ni méléna). Cette période de crises gastriques douloureuses, entrecoupée par des mois et même des années de santé *relative* (ainsi, fait remarquable, les deux grossesses ont été heureuses, indolentes), a duré jusqu'à il y a six mois, soit au moins une douzaine d'années.

Dans les six derniers mois, une aggravation s'est fait sentir, et depuis lors, le régime lacté n'a plus guère d'influence sur les crises.

Analyse des douleurs depuis cette nouvelle période. Le *matin au lit, ne souffre pas*, peut dormir. Mais une demi-heure après le lever, qu'elle ait mangé ou non, apparition des douleurs *très fortes* au creux de l'estomac et dans l'hypocondre *gauche*, irradiant jusqu'en arrière, formant aussi une sorte de barre au niveau de la ceinture. Elles offrent toujours le caractère de contraction, de torsion, et sont d'une *extraordinaire violence*, arrachant des cris à la patiente, qui menace de se jeter dans le feu ou par la fenêtre pour en finir. Cela dure ainsi une demi-heure, trois quarts d'heure, suivis d'une *accalmie*, puis la crise recommence. L'ingestion de lait à petites doses *calme* quelques minutes, mais pas longtemps. Toute la journée se passe ainsi; la nuit vient, la malade se met au lil, elle *repose* et peut dormir. Un interrogatoire précis apprend qu'au lit, elle ne peut rester que difficilement sur le côté droit; elle préfère se tourner un peu à gauche, ou placer ses poings sous les reins, ce qui la soulage.

Toutefois, cette nette amélioration par le repos au lit n'est plus aussi sensible depuis trois ou quatre mois; il la soulage encore, mais ses nuits mêmes ne sont plus bonnes, elle ne dort presque plus.

Enfin, depuis deux mois, l'allure des phénomènes douloureux a encore un peu changé : c'est surtout l'alimentation qui provoque les douleurs, non l'arrivée des aliments, mais la surcharge gastrique; un quart d'heure ou vingt minutes après son repas, elle commence à souffrir; elle a une sensation de poids, de plénitude, et elle se soulage

parfois en provoquant un vomissement qui la libère. Cette stase alimentaire, la malade la ressent d'ailleurs d'autre façon; elle perçoit une sorte de bouillonnement dans le côté et la sensation que les aliments passent tout à coup dans l'intestin, avec bruit et gargouillements, après quoi elle se sent mieux.

Les vomissements spontanés sont des plus rares, mais cette pauvre femme, incapable de s'alimenter, restreignant volontairement son alimentation pour éloigner ses souffrances, a énormément maigri, et demande en grâce qu'on la soulage.

En effet, bien qu'elle soit encore colorée, elle est émaciée, les joues sont décharnées, le thorax est squelettique, la paroi abdominale est flasque.

Organes thoraciques normaux. Pouls 80. Température 36,9. Urines peu abondantes; peu d'albumine.

Pas de contractions péristaltiques. Estomac légèrement dilaté, n'atteignant pas l'ombilic; un peu de clapotement.

Le palper provoque une nette douleur au creux épigastrique, et, chose plus importante, sous *le rebord costal gauche*, est un point fixe où *on perçoit une petite induration.*

En somme, la périgastrite ulcéreuse se révélait par son complexus symptomatique au complet : longue durée de la maladie, accalmies, caractères de la douleur, réveillée par la station debout et l'alimentation, diminuée par les vomissements, calmée par le décubitus horizontal sur le côté gauche, induration sous le rebord costal gauche. Je ne jugeai pas à propos de faire l'insufflation; la radioscopie ne fut pas faite non plus. L'état misérable de la patiente commandait l'intervention, que je pratiquai le 13 juin dernier sous chloroforme.

Incision sus-ombilicale, un peu à gauche de la ligne médiane. Ce qui se montre d'abord, c'est le lobe gauche du foie, attiré vers la gauche, masquant la petite courbure à laquelle il est adhérent. Tractus filamenteux couvrant une bonne partie du reste de la face antérieure de l'estomac. Après leur incision, le viscère se montre mieux; le foie est soudé à lui par une masse immobile et dure, grosse comme une mandarine, qui déprime la petite courbure ; l'estomac est rétréci à ce niveau ne mesurant guère que deux travers de doigts de large ; il affecte ainsi la forme biloculaire, la poche cardiaque paraissant plus petite que la poche pylorique qui est dilatée et bombée.

Je me proposai tout de suite d'établir une gastro-entérostomie sur la poche cardiaque et s'il fallait sur les deux ; mais comme il était impossible de mobiliser l'estomac, je voulus d'abord le libérer. Séparation gastro-hépatique ; le foie est creusé d'une excavation large comme une pièce de cinq francs ; du coup, l'estomac se trouve ouvert sur l'étendue d'une pièce de un franc ; l'orifice est à bords minces, rigides, tout contre la colonne vertébrale ; les connexions en arrière avec le pancréas sont telles que je n'ose poursuivre, et, à grand'peine, travaillant sur des tissus sclérosés et friables, se coupant sous les fils, j'arrive à oblitérer la perforation, surtout au moyen de la face antérieure de la poche

pylorique. L'estomac est maintenant ratatiné, son diamètre transversal augmenté, mais il est un peu plus accessible.

Au-devant de la région suturée, j'établis alors une gastro-anastomose entre les deux poches. A l'ouverture, la poche supérieure est mince, la muqueuse pâle, atrophiée, mais en somme reconnaissable; celle de la poche inférieure est lisse, blanchâtre, semblable à du tissu cicatriciel, la paroi musculaire est épaisse, rigide, friable. Cette poche inférieure était remplie de liquide, de petits morceaux d'albumine coagulée, ce qui m'engagea à explorer le pylore; il était dur, mais laissait passer l'index, en sorte que bien qu'il me parût un peu rétréci, je pensai qu'il serait suffisamment perméable. L'organe étant maintenant libéré, et l'opération ayant déjà duré une heure un quart, je ne me décidai pas, vu la faiblesse de l'opérée, à pratiquer une gastro-entérostomie. Sutures en masse de la paroi, drains dans l'espace gastro-hépatique.

Le lendemain et les jours suivants, température normale, pouls excellent, mais, vingt-quatre heures après, la malade souffre; deux jours après, le pansement défait, je vois à gauche de l'incision se dessiner sous la peau une voussure sensible à la pression profonde, rénitente, qui n'est autre que la poche pylorique contracturée qui ne s'évacue pas, ou s'évacue mal. La malade tousse, a des crachats purulents.

Le 16, trois jours après, un peu de lait ingéré paraît passer, mais le 17, elle rend une bouillie alimentaire grisâtre; elle se plaint de sensations d'étouffements, de poids dans le haut du ventre, de sensations de torsion dans la région. Le 18, je suis forcé de restreindre encore l'alimentation, déjà parcimonieuse. Le 20, la journée est mauvaise, bien que le pouls et la température restent normaux; elle est prostrée et agitée, les yeux ternes; elle souffre atrocement de contractions gastriques et se plaint de sentir une boule qui l'étouffe; l'hypocondre gauche est plus tendu, l'estomac est sensible et mat, il est manifeste qu'il s'évacue insuffisamment, le pylore est trop étroit.

Pas de gaz par l'anus, très peu d'urine.

Je me décide le 21 à faire une nouvelle intervention, huit jours après la première. Réouverture de l'incision; en effet, la poche pylorique est congestionnée, violacée, distendue en arrière jusque dans le flanc gauche. Sutures en bon état; pas d'adhérences.

Gastro-entérostomie postérieure; l'intestin est pâle et mince; la forme de l'estomac m'oblige à un accolement transversal et pas obliquement descendant; il était tellement congestionné, forcé en quelque sorte, que chaque point d'aiguille faisait sortir un petit jet de sang noirâtre, long à se tarir; opération pénible aussi, en raison des adhérences postérieures. Elle fut rendue plus laborieuse encore par l'incident suivant : en explorant l'anastomose, j'entendis comme un sifflement et ne tardai pas à voir, à 4 centimètres environ de la bouche, une perforation de l'intestin, laissant échapper dans le ventre une certaine quantité de liquide bilieux; sans pouvoir en préciser la cause, je pense qu'une petite pince érigne de Chaput, dont je m'étais servi pour repérer, avait légèrement déchiré la musculeuse et que cet intestin si pâle, si atrophié, avait achevé de s'ouvrir à cet endroit. La perforation est

oblitérée, le ventre nettoyé, asséché et refermé sans drainage. J'ai pu, pendant ces manœuvres, me convaincre que la nouvelle anastomose fonctionne bien. Durée une heure un quart.

Le soir, l'opérée est très faible. Le lendemain, extrêmement faible, les yeux voilés, agitation, subdélire; mais dans la nuit, avale 2 litres de lait, évacue des gaz par l'anus, rend un litre et demi d'urine; le surlendemain, elle est plus forte, s'alimente avec plaisir, urine abondamment, et je crois qu'elle va guérir; quand le délire réapparaît, elle se recroqueville dans son lit, refuse de parler, de s'alimenter, le teint est subictérique, les jambes légèrement enflées, les urines redeviennent rares et contiennent des traces d'albumine; elle meurt quatre jours après la seconde intervention, au milieu de phénomènes rappelant l'insuffisance hépatique et rénale.

J'ai pu, bien qu'incomplètement, faire l'autopsie : le corps est extrêmement maigre.

Cœur non examiné.

Poumons : broncho-pneumonie à noyaux disséminés; bases des deux poumons violacée; aspect bigarré dû à ce que certains lobules sont simplement congestionnés, rougeâtres, d'autres atélectasiés ou splénisés, noirâtres; d'autres, enfin, plus rares, forment des noyaux indurés acajou; emphysème vésiculaire des bords antérieurs et des sommets boursouflés. Pas de tuberculose. Quelques adhérences pleurales.

Foie *mou, jaunâtre.*

Reins : pâles, à substance corticale peu épaisse.

Péritoine normal; quelques anses intestinales ont leur surface rougeâtre par places.

L'intestin est mince et pâle.

Toutes les sutures ont bien tenu.

L'*estomac*, enlevé en bloc avec le pancréas et le duodénum, montre une déformation et des lésions très étendues. Extérieurement, la poche cardiaque est mince et flasque; la poche pylorique, plus volumineuse, à grand diamètre transversal est épaisse, indurée, ferme, et s'affaisse moins qu'à l'état normal. En arrière, le pancréas lui est intimement soudé, et dès qu'on veut séparer les deux organes, on déchire l'estomac.

A l'ouverture, la poche cardiaque se montre d'une minceur considérable, presque translucide par places; la poche inférieure étant, je l'ai dit, épaisse et ferme; leur différence de maintien et de consistance, d'épaisseur, rappelle assez bien les différences entre une oreillette et le ventricule sous-jacent.

La poche cardiaque débouche dans la partie inférieure par deux orifices, l'un en avant et au-dessus de la petite courbure, l'autre en arrière, longeant la grande courbure; le premier est le résultat de mon anastomose, la continuité du tissu est parfaite et solide, il est souple et large de plus de deux doigts; l'autre est un véritable défilé, entouré de tissus indurés, il est un peu moins large, c'est le rétrécissement pathologique médio-gastrique. Entre les deux, est un gros et long éperon, formé par le tissu cicatriciel qui était à cheval, je l'ai dit, sur

la petite courbure et la face postérieure. Toute la face interne de cette poche a été ravagée par le processus pathologique; la muqueuse, lisse, blanchâtre, adhérente, n'a plus ses plis. Dans presque toute l'étendue de la petite courbure, sur l'éperon, jusqu'au voisinage du pylore, les petits sillons superficiels eux-mêmes ont disparu, et la muqueuse, quasi réduite à son derme, a plutôt l'aspect d'une membrane cicatricielle. Le pylore est blanchâtre, épaissi, infiltré, mais pas trop rétréci. Ce qui forme la masse calleuse, c'est l'éperon, l'épaississement de la face postérieure accolée au pancréas.

A la limite inférieure, du côté gauche, à quatre doigts du pylore, se voit l'orifice bien conformé de la gastro-entérostomie admettant un peu plus que le pouce.

J'ai moi-même publié, en 1902, un exemple d'estomac biloculaire pour lequel j'avais dû faire une double gastro-entérostomie successive sur les poches cardiaque et pylorique.

Enfin, j'ai pu observer un cas de biloculation tout à fait spéciale dans un cas de rétrécissement sous-pylorique du duodénum.

L'*anatomie pathologique* de ces lésions est bien connue, et je ne reprendrai pas ici le mémoire que vous connaissez tous, mémoire très documenté de mon ami Monprofit. Il rend bien compte de l'état actuel de la question.

La biloculation de l'estomac se rencontre, dans quelques cas, *à l'autopsie* de malades qui n'ont présenté aucune lésion stomacale. J'en ai vu plusieurs cas à la Pitié avec Émile Roux. Il s'agit là d'une simple contraction stomacale au moment de la mort, cette région de l'estomac étant — passez-moi l'expression — en systole quand son porteur a succombé. L'examen de la pièce montre qu'il n'y a là aucune altération de structure. J'ai retrouvé cette biloculation physiologique par la radioscopie au cours d'une étude que nous poursuivons, M. Froin, mon élève Aubourg et moi, sur le mode d'évacuation de l'estomac; elle est très nette pendant les contractions évacuatrices de ce viscère. Ces recherches seront publiées prochainement.

William et Cannon (1) en 1897, Roux et Balthazard la même

(1) CANNON. — L'exploration radiologique de l'estomac, particulièrement chez l'homme sain. *Thèse de Paris*, 1907.

LEVEN et BARETT. — Mensuration radioscopique de l'estomac et diagnostic de la ptose gastrique. *Société biologique*, 24 octobre 1903, et *Presse médicale*, 1905, n° 74.

TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac. *Presse médicale.*

CANNON. — The movement of the stomach studied by means of the Rœntgen rays. *Amer. Journ. of Philad.*, 1er mai 1898.

RIEDER. — Beitrage zür Topographie des Magen Darmkanales beim lebendem Menschen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen.* Hambourg, 1905, VIIe vol., fasc. 3 (Cité par Guillon, *Thèse de Paris*, 1907).

année, et plus récemment Leven et Barett ont bien étudié, ce mode d'évacuation. Rieder, de Munich, en 1905, et Hotschnetch, de Vienne, ont employé de hautes doses de bismuth mélangé à l'alimentation pour suivre les contractions de l'estomac et nous en ont donné des schémas intéressants. Guillon, dans sa thèse, a pratiqué la gastroscopie radioscopique et est arrivé à des conclusions analogues. Nous avons nous-même étudié le mode d'évacuation de l'estomac après un repas anormal auquel était ajoutée une bonne dose de bismuth, et nos recherches ont porté sur l'homme sain, sur des sujets gastro-entérostomisés et enfin sur des animaux ayant subi la même opération. La biloculation physiologique a lieu au moment où la contraction de l'estomac va vaincre la résistance pylorique. Il s'établit à ce moment, au niveau de l'antre du pylore, deux poches : une petite, prépylorique, une plus large, stomacale; la première laisse passer une petite quantité de chyme dans le duodénum; la contraction stomacale cessant alors, la biloculation disparaît pour se produire de nouveau avec une nouvelle contraction. Je puis vous montrer ici cette radiographie prise au moment de la biloculation.

Au point de vue *pathologique*, j'ai vu un cas fort curieux de biloculation qui, à l'ouverture du ventre, m'a fort intrigué. Il s'agit d'une malade que M. Hayem avait envoyée dans mon service pour un *rétrécissement sous-pylorique*; la poche pylorique paraissait petite à côté de la poche cardiaque, et je m'aperçus bientôt qu'il s'agissait d'une biloculation dont la poche inférieure était faite par le duodénum, la poche supérieure par l'estomac contracté et l'anneau par le pylore, qui avait résisté à la dilatation du duodénum.

Quant à l'estomac en bissac, je crois qu'il faut distinguer — et les deux observations précédentes le démontrent assez — l'estomac biloculaire *libre* de celui qui s'accompagne d'une périgastrite *adhésive* plus ou moins étendue. Cette distinction s'impose au point de vue pratique. Enfin je vous signalerai l'épaisseur si différente des deux poches : la poche cardiaque, d'une minceur telle qu'elle se déchirait à la moindre pression alors que la poche pylorique avait sa résistance normale.

Un fait remarquable est signalé dans la première observation de M. Jeanne, c'est *l'atrophie des parois intestinales*; il l'attribue à l'inanition de la malade et aux fonctions insuffisantes de cet intestin depuis de longues années. On pourrait également penser que cette femme était atteinte d'une ptose généralisée avec comme cela arrive habituellement une minceur de ses parois intestinales.

Au point de vue *clinique*, trois faits sont dignes de remarque :

1° La longue durée des antécédents gastriques; 2° les signes de *petit estomac*; 3° les signes de périgastrite de l'observation II. La longue durée des accidents gastriqués, vingt-trois ans dans le premier cas, quinze dans le second, dix dans mon observation, constituent les durées habituelles de cette affection.

Les signes de *petit estomac* sont remarquables dans l'observation I. En somme, une femme souffre pendant douze ou quinze ans de l'estomac par périodes de plusieurs semaines ou plusieurs mois chaque année. Les accalmies deviennent de plus en plus rares, et finalement s'installe un « état de mal gastrique permanent », qui n'est que l'aboutissant et la manifestation enfin décisive des crises antérieures frustes ou passagères. La caractéristique de cet état, c'est qu'elle paraît avoir un petit estomac qui ne peut plus recevoir qu'une quantité minime d'ingesta; sans faire élection de certains aliments à l'exclusion d'autres, il n'est rebelle qu'à la *mise en tension*, qui se produit avec quelques cuillerées; les douleurs, les renvois, les vomissements mêmes, rares d'ailleurs, ne sont pas le fait d'une excitabilité anormale, ou d'un ulcère en activité, ils traduisent seulement la distension d'un organe incapable de se distendre, dont la capacité physiologique ou anatomique est insignifiante, et qui reste indolore s'il reste vide. C'est ce que j'ai constaté chez une autre malade à qui j'avais fait une gastrectomie subtotale, son estomac du volume d'une mandarine ne supportait pas plus d'une tasse à café de lait à chaque ingestion. Dès que cette quantité était atteinte, cette femme était rassasiée et ne pouvait ingérer aucun aliment.

Ce complexus symptomatique est, comme on le voit, bien différent de celui de l'ulcère juxta-pylorique et de celui de la sténose pylorique; on dit communément que l'estomac biloculaire donne des signes de sténose; on remarquera que, dans ce cas (et une autre observation que je possède me paraît montrer que ce n'est pas l'exception), il n'y avait ni ces douleurs tardives, apanage du rétrécissement du pylore, ni les contractions du viscère visibles sous la paroi, ni les vomissements fréquents ou copieux.

Le diagnostic au contraire qui paraissait le plus probable était celui de périgastrite; il est à noter, toutefois, que la périgastrite peut provoquer des douleurs en l'absence de toute alimentation; mais, en revanche, en immobilisant l'estomac, elle compromet la nutrition par le même mécanisme que l'infiltration cicatricielle des parois du viscère, en s'opposant à la détention physiologique. Il y a là une cause d'erreur dont l'insufflation et surtout la radioscopie pourraient préserver. Mais, dans le cas présent de cachexie, il était plus important de faire le diagnostic de l'indication opératoire que de la lésion anatomique elle-même.

Les signes de *périgastrite seuls* sont bien marqués dans la seconde observation. Les crises douloureuses provoquées par l'alimentation, les longues accalmies qui les séparaient, et surtout cet état douloureux réveillé par la station debout et l'alimentation, diminué par le vomissement et calmé par le décubitus horizontal sur le côté gauche, le tout accompagné d'une induration sous le rebord costal gauche, sont les signes certains d'une périgastrite adhésive.

Il ne pourrait être question, dans ces deux cas, de recourir au moyen si précieux de l'insufflation stomacale, ou même au lavage gastrique. J'ai vu la première malade; elle était cachectique, ratatinée dans son lit, fatiguée par le moindre examen un peu prolongé. La seconde avait de telles douleurs, qu'on ne pouvait lui imposer ces moyens d'investigation.

La thérapeutique de ces lésions, très bien envisagée par nombre d'auteurs, est évidemment commandée par l'état du pylore normal ou rétréci, la situation des poches, leurs dimensions respectives, et le point sur lequel je me permets d'insister, c'est qu'il est bien différent de se trouver en face d'une *biloculation libre* ou d'un *estomac adhérent*. Dans le premier cas, toutes les opérations proposées sont faciles, et on n'a qu'à choisir entre une simple section s'il s'agit d'une simple striction en bague (gastroplastie), ou la gastro-gastrostomie telle qu'elle a été pratiquée dans la première observation, et qui me paraît être l'opération de choix dès que le rétrécissement est un peu étendu.

Quand l'estomac est adhérent, les choses sont tout à fait différentes, et, en somme, — passez-moi l'expression, — on fait ce qu'on peut. *La gastrolyse* ne me paraît guère indiquée que si elle est très facile. C'est en voulant l'exécuter qu'on a perforé l'estomac dans l'observation n° 1. *La gastro-gastrostomie* peut être difficile à pratiquer, car il est une notion générale que nous nous permettons de rappeler ici, c'est que, pour être viables, ces anastomoses doivent être pratiquées sur des tissus *sains*, éloignées des lésions primitives, sous peine de difficultés considérables tenant à la friabilité des tuniques de l'estomac et de ruptures primitives ou secondaires.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je voulais vous présenter à propos des observations et de la pièce que nous a envoyées M. Jeanne.

M. Quénu. — M. Tuffier ne croit-il pas comme moi que le terme d'estomac biloculaire est impropre si on l'applique à une affection dans laquelle, avec un rétrécissement du pylore, on observe d'un côté une dilatation de l'estomac, de l'autre une dilatation du duo-

dénum? C'est là tout au plus une disposition spéciale qu'on peut rapprocher de l'estomac biloculaire sans la confondre avec lui.

M. Tuffier. — Ces états sont différents mais à l'ouverture de l'abdomen les deux lésions sont semblables.

Appendicite opérée. Mort subite par hématémèse, suite d'ulcère rond de l'estomac, vingt-trois jours après l'intervention, par M. le Dr Pfihl, médecin en chef de la marine.

Rapport de M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé d'un rapport sur une intéressante observation de M. Pfihl, médecin en chef de la marine, ayant trait à un cas d'appendicite opérée, suivie de mort vingt-trois jours après l'intervention par une hématémèse foudroyante causée par un ulcère rond de l'estomac.

Voici du reste l'observation de M. Pfihl :

S... (Joseph), dix-sept ans, apprenti à l'école des mécaniciens à Lorient.

9 *septembre.* — Entre à l'hôpital le 9 septembre 1902 avec le diagnostic « embarras gastrique fébrile; a pris un ipéca le 7 et un purgatif salin le 8 ».

La température observée à la caserne a été, le 7, matin, 38°5, soir 38°8; le 8, matin, 38°8, soir 39°7; le 9 au matin, 38°8; le 9 au soir, à l'entrée à l'hôpital, elle est de 39°5.

Le malade raconte qu'il a été pris subitement le 5 septembre, vers 10 heures du soir, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite qui est allée d'ailleurs en s'atténuant depuis cette date. Actuellement la pression révèle une sensibilité très vive de la fosse iliaque, un peu en haut et en dehors du point de Mac Burney. Bien que la défense musculaire soit vive, on y perçoit à la palpation une masse indurée en gâteau. Le malade a vomi les 7 et 8, mais ces vomissements ont été rattachés à l'ipéca. Le facies porte l'empreinte de la fatigue, le pouls est plein, assez fréquent, 96.

Pas de maladies antérieures. A perdu son père de bronchite spécifique.

En présence de ces symptômes, on décide l'opération.

10 *septembre.* — Opération sous chloroforme.

Incision de la peau à 2 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de 10 centimètres, légèrement courbe, à concavité interne ayant son milieu par le travers de l'épine iliaque.

Section de l'aponévrose du grand oblique (repérage), du muscle petit oblique et du transverse. Il est impossible de séparer le fascia transversalis du péritoine par suite d'adhérences, et ses deux feuillets sont sectionnés simultanément.

A l'ouverture du péritoine, dont les deux lèvres sont repérées, issue de pus verdâtre mal lié, fétide (trois cuillerées environ).

Entre les lèvres du péritoine apparaît d'abord une certaine quantité d'épiploon qui est réséqué et rentré dans le ventre, après ligature en chaîne et thermocautérisation du pédicule.

L'incision a conduit directement sur le cæcum, dont on voit la bandelette antérieure qu'on suit pour atteindre l'appendice, dont on ne poursuit pas la recherche.

La cavité de l'abcès est détergée à l'aide de tampons montés. Pas de lavage.

Un drain habillé de gaze iodoformée étant mis à demeure dans le foyer, les parois abdominales sont refermées par une suture étagée.

A part quelques vomissements post-chloroformiques, un léger ictère et l'expulsion de nombreux lombrics, les suites de l'opération sont normales; le foyer de suppuration marche naturellement vers la guérison, qui n'est plus que l'affaire de quelques jours, quand, le 1[er] octobre, vingt jours après l'opération, la température s'élève; le malade a craché dans la nuit un peu de sang que le médecin de garde a mis sur le compte d'une hémoptysie et traitée comme telle.

Ce diagnostic semble d'ailleurs être confirmé par l'auscultation de la poitrine, où la respiration est rude aux deux sommets; les 2 et 3 octobre, la température ne dépasse pas 38°4; il n'y a aucune sensibilité du ventre et l'état général n'inspire aucune inquiétude, quand le malade meurt subitement, dans la nuit du 3 au 4, d'hématémèse foudroyante, à 4 heures du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Habitus extérieur. — Rigidité cadavérique. Emaciation assez prononcée.

Cavité thoracique. — Pas d'adhérences pleurales. Tubercules crétacés au sommet du poumon droit. Granulations miliaires au sommet gauche. Cœur normal, léger épanchement de sérosité dans le péricarde.

Cavité abdominale. — Une incision au niveau de la plaie opératoire ne fait découvrir rien d'anormal; aucune trace de pus dans le fond de la plaie; une sonde cannelée ne peut pénétrer dans la cavité abdominale; la cicatrisation est presque complète et le trajet fistuleux n'est plus que sous-cutané.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il n'y a nulle part trace de péritonite, mais on constate dans la cavité péritonéale un épanchement de liquide noirâtre qu'on reconnaît être une potion à l'extrait de quinquina prescrite au malade et qui s'est fait jour par une perforation de l'estomac : celle-ci siège à la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, à quatre travers de doigt environ du pylore; elle est régulièrement circulaire, comme découpée à l'emporte-pièce, et mesure le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Vue du côté de la muqueuse, cette perforation, tout en affectant la même forme circulaire, a un diamètre plus étendu (pièce de 1 franc); ses bords sont creusés en véritable entonnoir à gradins d'un diamètre de moins en moins large, à mesure qu'on se rapproche de la séreuse. Cet « ulcère de l'estomac » est unique et le reste de la muqueuse stomacale est sain.

Les anses intestinales sont un peu congestionnées, ne présentent aucune perforation et contiennent seulement quelques lombrics.

Du côté de la fosse iliaque droite on rencontre de fortes adhérences au niveau du siège de l'ancien abcès; l'appendice est retrouvé en entier en position rétro-cæcale accolé au cæcum, auquel il adhère fortement; sa section fait reconnaître qu'il est à peine congestionné et ne renferme ni pus ni aucun corps étranger.

L'observation de M. Pfihl est intéressante en ce qu'elle pose la question des rapports qui pourraient exister entre l'appendicite et l'ulcère stomacal, cause de l'hématémèse mortelle. S'agit-il d'une simple coïncidence, d'une appendicite survenant chez un sujet atteint d'ulcus, et d'une rupture accidentelle de cet ulcus trois semaines après l'opération d'appendicite? La chose est évidemment possible; elle est même rendue assez plausible par la description que donne M. Pfihl de l'estomac de son malade, présentant une muqueuse parfaitement saine sur toute son étendue et une ulcération unique, ayant tous les caractères de l'ulcus de Cruveilhier. Cependant le malade de M. Pfihl ne paraît pas du tout avoir présenté d'antécédents gastriques, et bien que l'ulcus latent ne soit pas une chose absolument rare, certains travaux parus en ces dernières années sur les gastrorragies au cours des appendicites permettent de voir la question sous un autre aspect.

En 1901, M. Dieulafoy a réuni, sous le titre de : *Vomito negro appendiculaire*, neuf observations, recueillies en un espace de temps très court, d'hématémèses survenant au cours d'appendicites graves opérées ou non. Il attribuait la pathogénie de ces vomissements à une *dégénération suraiguë de l'épithélium glandulaire* sous l'influence des toxines appendiculaires, et il décrit dans son article des lésions analogues de l'estomac constatées à l'autopsie chez un homme qui avait présenté des hématémèses mortelles à la suite d'une opération de hernie étranglée.

Au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, en avril 1901, sur une observation de M. Walch, rapportée par M. Berger et intitulée : *Hémorragies intestinales après une opération d'appendicite à froid*, M. Ricard cite un cas de gastrorragie qu'il a observé après une opération d'appendicite à froid. D'autres cas sont rapportés par M. Kirmisson (*Gaz. hebdom.*, 1900) et M. Lucas-Championnière (*Journ. de méd. prat.*, 1901).

En 1904, nous trouvons dans le *Deutsche Archiv f. klin. Medizin* un travail de M. Sick, rapportant l'observation, avec contrôle nécropsique, d'un homme ayant présenté des hématémèses graves à la suite d'une opération d'appendicite à chaud. L'estomac présentait des foyers miliaires nécrotiques dans la muqueuse et un piqueté hémorragique généralisé. Dans une observation de M. Nitzche (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1902), d'un homme

mort au troisième jour avec phénomène d'appendicite et ayant présenté une hématémèse grave au deuxième jour, l'auteur constate dans l'estomac une *thrombose fraîche de l'une des veines de l'estomac*. Malgré cela, l'auteur ne croit pas à une embolie — qu'il faudrait admettre rétrograde — et il pense plutôt qu'il s'agit d'une ulcération toxique. Il rappelle que Billroth avait observé, au cours de processus septiques généralisés, des lésions de l'estomac et du duodénum absolument comparables à l'ulcus rotundum.

A l'encontre de ces auteurs, qui croient à l'influence des toxines appendiculaires sur la formation des érosions stomacales donnant lieu aux hématémèses, Payr (*Münch. mediz. Wochenschrift*, 1904) attribue une importance considérable aux lésions souvent constatées des veines de l'appendice et du mésentère et aux embolies rétrogrades qui en partent. Cet auteur insiste sur la fréquence des phénomènes gastriques, et notamment à forme de dyspepsie hyperchlorhydrique et de spasme pylorique chez les malades ayant présenté des attaques répétées d'appendicite. Il attribue ces phénomènes aux érosions de la muqueuse stomacale, origines d'ulcérations plus grandes, et que détermineraient les petites embolies rétrogrades.

A l'appui de cette opinion de Payr, on peut noter une observation de MM. Michel et Perrin (*Revue médicale de l'Est*, 1904), intitulée : *Hémorragie gastrique au cours d'une appendicite. Thrombose de l'iliaque primitive gauche.* L'autopsie a montré chez cette jeune fille, opérée au douzième jour d'une appendicite grave et morte d'hématémèse le lendemain, les lésions suivantes : 1° Un abcès péricæcal très étendu ; 2° un caillot de phlébite long de 15 à 18 centimètres dans la veine iliaque primitive gauche ; 3° sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac deux ulcérations, grandes comme des pièces de 1 franc, et dont l'antérieure était perforée.

En somme, nous voyons que la gastrorragie au cours des appendicites n'est pas un phénomène absolument rare. Si, dans la plupart des cas avec autopsie, l'aspect de la muqueuse stomacale est assez différent, par la multitude des foyers nécrotiques, de celui des estomacs atteints d'ulcère rond classique, dans d'autres cas (notamment dans l'observation Michel et Perrin), les lésions s'en rapprochent très sensiblement. Il ne serait pas impossible que l'ulcus dont est mort le malade opéré par M. Pfihl ait été causé par l'appendicite primitive.

Ces faits sont intéressants en ce qu'ils mettent en lumière, d'une part, une complication assez rare et grave de l'appendicite, en ce qu'ils peuvent, d'autre part, contribuer à l'explication pathogénique de certaines ulcérations stomacales et de certains phénomènes cliniques.

En terminant, Messieurs, je vous prie de vouloir bien vous rappeler du nom de M. Pfihl, qui est candidat à une place de membre correspondant de notre Société.

Communication.

Ostéomyélite et abcès sous-périostiques,

par M. PIERRE DELBET.

Les quelques mots que je vais dire ont surtout pour but de provoquer une consultation de la Société de Chirurgie sur les indications thérapeutiques dans l'ostéomyélite des adolescents.

La doctrine actuelle qui a été établie par les travaux de M. Lannelongue est la suivante. L'ostéomyélite débute en plein tissu osseux, dans le bulbe de l'os. Quand il existe un abcès sous le périoste, il y a toujours du pus dans le canal médullaire. L'indication thérapeutique n'est pas remplie par l'incision de l'abcès sous-périostique. Pour guérir les malades, il faut évacuer le foyer intra-osseux, c'est-à-dire trépaner l'os. Cette doctrine est si bien acceptée que dans un article du Traité de Chirurgie de MM. Duplay et Reclus, M. Poncet a écrit : « Il vaut mieux faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation qui serait utile. »

Messieurs, je suis bien loin de méconnaître l'importance des travaux qui ont conduit à cette conception de l'ostéomyélite. La trépanation précoce a sauvé la vie de bien des malades : elle a évité, à un grand nombre, les ennuis et les complications de l'ostéomyélite prolongée. Elle a en somme rendu d'immenses services.

Mais on peut se demander si elle n'est point excessive. Trois faits que j'ai observés me semblent prouver, qu'à côté de l'ostéomyélite centrale, certainement plus fréquente, l'ancienne périostite phlegmoneuse diffuse existe cependant. Dans l'un de ces faits, la trépanation de l'os n'a point été seulement inutile, elle a été nocive. J'en ai été si douloureusement frappé que j'ai résolu de demander sur ce point l'opinion de nos collègues et de nos maîtres.

Voici ces trois faits : le premier date d'une dizaine d'années. Un grand garçon de dix-huit à dix-neuf ans se présenta à l'hôpital

Laënnec avec tous les symptômes d'une ostéomyélite aiguë du péronné droit. Le périoste était décollé dans les deux tiers supérieurs de l'os, par une nappe purulente. Deux larges incisions furent faites, séparées seulement par un petit pont intermédiaire. Il ne pouvait être question de trépanation sur un os aussi grêle. Fallait-il le considérer comme voué fatalement à la nécrose et le réséquer dans toute l'étendue dénudée? Je fus frappé par l'aspect de l'os. Il était seulement un peu rouge, mais il rendait au choc un son normal, les canaux de Havers n'étaient point dilatés; ils ne laissaient pas sourdre la moindre goutte de pus. Aussi ai-je pris le parti de tamponner simplement l'abcès sous-périostique sans toucher à l'os. La cicatrisation marcha avec une rapidité surprenante, et le malade quitta l'hôpital sans la moindre fistule. Malheureusement, je n'ai pas revu ce malade depuis, de sorte que mon observation n'est pas absolument complète. On pourrait m'objecter qu'il a présenté ultérieurement des accidents dont il a été se faire soigner ailleurs. Il me semble que la rapidité et la perfection de la cicatrisation répondent dans une certaine mesure à cette critique. Mais je reconnais que ce point n'a pas un caractère de certitude.

Je passe tout de suite à ma troisième observation, parce qu'elle est du même ordre. Elle a trait encore à un abcès d'origine périostique, qui a guéri par la seule incision sans trépanation.

Un garçonnet de onze ans fut pris brusquement, dans les premiers jours de janvier de cette année, d'une douleur violente qui avait son maximum d'acuité à deux centimètres au-dessous de l'acromion. La température s'éleva à 39 degrés et le Dr Cochot, qui le soignait, fit le diagnostic d'ostéomyélite de l'humérus. Je vis l'enfant treize jours seulement après le début des accidents. Il avait alors un énorme abcès qui soulevait le deltoïde. J'insistai pour un intervention immédiate, en prévenant les parents qu'il faudrait trépaner l'os, que l'articulation de l'épaule ne recouvrerait peut-être pas toute sa mobilité, que la croissance du bras pourrait être modifiée, etc. Je fis l'opération le lendemain. L'incision de la désarticulation de l'épaule me conduisit après la traversée du deltoïde, sur une énorme collection purulente. Elle faisait tout le tour de l'humérus et le paquet vasculo-nerveux circonflexe la divisait incomplètement en deux loges, l'une supérieure et l'autre inférieure. Le pus évacué, j'écartai le deltoïde et je constatai qu'immédiatement en dehors de la gouttière bicipitale, le périoste était dilacéré, détruit, et l'os à nu. Cet os avait une couleur absolument normale, les canaux de Havers ne présentaient aucune modification. Instruit par le second cas, dont je

vais vous parler dans un instant, je ne fis pas de trépanation. Ayant constaté par l'exploration digitale que le périoste n'était point décollé sur les autres faces de l'os, je me bornai à faire le drainage en avant et en arrière. La cicatrisation s'est faite complètement. J'ai eu des nouvelles de l'enfant lundi dernier, c'est-à-dire six mois après l'opération : son état est parfait.

Ces deux faits prouvent que de gros abcès sous-périostiques peuvent guérir sans trépanation.

En voici un troisième qui montre quels peuvent être les dangers de la trépanation. Un grand jeune homme de vingt et un ans fut pris, dans la soirée du 20 avril 1906, d'une douleur dans la cheville droite. Cette douleur le fit d'abord boiter, puis devint rapidement assez violente pour rendre la marche impossible; le lendemain il resta couché, souffrant beaucoup et se sentant fiévreux. Il entra dans mon service de Laënnec le 26 avril avec une température de 39°6. Son état général était très grave. La jambe droite très tuméfiée avait un aspect lymphangitique qui fit porter le diagnostic de lymphangite. J'étais alors absent, et c'est avec l'étiquette lymphangite que le malade me fut présenté le 28 quand je repris mon service. Je fus immédiatement frappé de deux choses : l'aspect typhique du malade, la rareté et la couleur de ses urines. C'était absolument l'apparence des urines phéniquées, bien que l'acide phénique ne pût être incriminé. L'analyse a montré que ces urines renfermaient 1 gr. 80 d'albumine. J'examinai la jambe. Outre la tuméfaction générale, il existait sur la partie inférieure de la face interne du tibia une zone plus saillante où la peau avait un aspect plus brillant. La pression en ce point éveillait une douleur atroce qui arrachait le malade à sa torpeur.

Je fis naturellement le diagnostic d'ostéomyélite et j'opérai immédiatement.

Le périoste décollé n'avait point cédé et le pus était uniquement sous-périostique. Lorsqu'il fut évacué, je fus frappé par l'aspect de l'os, qui était absolument celui d'un os normal. Aussi, je ne fis pas de trépanation.

Le malade fut grandement soulagé par l'incision. Il sortit de son état de torpeur; mais la marche de la température fut à peine modifiée. J'aurais dû attendre quelques jours. L'infection de l'os se fait par la voie sanguine : dans toute ostéomyélite, il y a un certain degré de septicémie préexistante. Et puis, un organisme aussi profondément atteint ne pouvait éliminer toutes ses toxines instantanément. Voilà ce que j'aurais dû me dire. Mais on comprendra qu'étant donnée la doctrine actuelle, craignant de n'avoir pas fait tout ce que je devais, je me décidai, au bout de quarante-huit heures, à faire la trépanation.

Ce fut une faute et je la déplore d'autant plus que ses conséquences ont été terribles.

J'ouvris l'os à peu près au centre du décollement périostique, et, en arrivant dans le canal médullaire, je constatai que la moelle ne présentait aucune espèce d'altération. Elle n'était ni ecchymotique, ni trop rouge, ni trop jaune, elle avait sa couleur normale. Les trabécules osseuses n'étaient ni épaissies, ni raréfiées. Tout était absolument sain. J'introduisis un stylet en bas jusqu'au cartilage de conjugaison, vers le haut, à plusieurs centimètres; il n'y avait rien, absolument rien d'anormal.

J'avais fait une trépanation inutile, et il me parut tout de suite évident que je ne pourrais pas l'empêcher de devenir dangereuse. Le canal médullaire était mis en communication avec le foyer sous-périosté très septique et qui suppurait abondamment. Comment empêcher l'infection de gagner la moelle et de s'y propager d'un bout de l'os à l'autre?

Deux jours après, le 2 mars, la température monte à 40 degrés. A la suite d'un grand lavage, elle baisse, mais pour remonter très vite. Tout le tibia devient douloureux; le malade accuse bientôt des douleurs intolérables vers son extrémité supérieure. Il n'est pas douteux, cette fois, que le canal médullaire est infecté du haut en bas. Le 12 mai, je fais une trépanation large à la partie supérieure et je trouve du pus. La température s'abaisse immédiatement, mais pour remonter bientôt. L'os se nécrose en totalité, des fusées purulentes décollent les muscles; le malade s'affaiblit et, le 1er juin, je suis obligé de lui couper la cuisse.

A partir de l'amputation, tout a bien marché. Le pauvre diable a quitté l'hôpital le 7 juillet, guéri, mais avec une jambe de moins.

Ainsi, malgré une marche très aiguë, malgré des phénomènes généraux d'une extrême gravité, malgré un gros abcès sous-périostique, le bulbe de l'os était absolument intact. C'est la trépanation qui a été cause de l'infection secondaire du canal médullaire. Je suis convaincu que si je ne l'avais pas trépané, ce garçon aurait encore sa jambe, et vous comprenez que cette conviction est singulièrement angoissante.

En résumé, deux abcès sous-périostiques ont guéri par la simple incision, et, dans le troisième, l'intégrité du bulbe et de la moelle a été constatée *de visu*.

Ces faits me semblent prouver que tous les symptômes de l'ostéomyélite aiguë des adolescents peuvent être produits par des abcès sous-périostiques sans lésions centrales de l'os. Cela revient à dire que l'abcès sous-périostique tel que l'entendait Chassaignac existe bien réellement.

Est-il fréquent? Je ne le crois pas, et d'ailleurs Chassaignac lui-même le considérait comme rare, puisqu'il insiste sur ce fait qu'il n'a pu en recueillir que vingt-trois observations. Peut-être est-il plus fréquent dans l'adolescence que dans l'enfance. Sur ces vingt-trois observations, Chassaignac en compte quinze entre dix et dix-huit ans. Mes trois malades étaient au-dessus de dix ans, et deux d'entre eux au-dessus de dix-huit ans. C'est là un point que l'on pourrait trancher en comparant ce que l'on voit dans les hôpitaux d'enfants à ce que l'on observe dans les hôpitaux d'adultes.

Quoi qu'il en soit, l'abcès sous-périosté existe, et cela suffit, il me semble, pour qu'on ne trépane pas systématiquement toutes les fois qu'on trouve du pus sous le périoste. On répète souvent qu'il vaut mieux faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation qui serait utile.

Je ne puis souscrire à cet aphorisme, car une trépanation inutile peut être extrêmement dangereuse. Toute trépanation qui met en communication le canal médullaire avec un foyer suppurant expose le malade à l'infection secondaire du canal médullaire.

Je ne veux pas dire qu'il faille rejeter la trépanation des os longs. Cela n'est point du tout dans ma pensée, car je crois qu'il y aurait sur l'ensemble des faits plus d'inconvénients à ne trépaner jamais qu'à trépaner toujours. Cela veut dire qu'il ne faut trépaner qu'à bon escient.

Les symptômes permettent-ils de distinguer cliniquement l'ostéomyélite véritable de l'abcès sous-périostique? Je ne le crois pas. L'appareil symptomatique dans les cas que j'ai observés était absolument celui de l'ostéomyélite, et je ne pense pas qu'on aurait pu trouver d'avance des symptômes permettant de dire qu'il ne fallait pas trépaner.

Mais au cours de l'opération, on pouvait relever des signes qui contre-indiquaient la trépanation. Le pus évacué, il était aisé de voir que l'os dénudé de son périoste ne présentait pas de lésions. Il avait sa couleur normale, sa consistance ordinaire; les canaux de Havers n'étaient pas élargis, ils ne laissaient suinter que du sang. Il me semble que ces signes qui montrent l'intégrité de l'os sous-jacent à l'abcès ont une grande valeur et que, lorsqu'on les constate, il faut rejeter la trépanation immédiate.

M. Kirmisson. — Je suis très heureux de voir porter devant la Société de chirurgie, la question de la trépanation dans l'ostéomyélite par la communication de M. Delbet.

Pour ma part, je n'ai point recours à cette trépanation, du moins sous la forme où elle a été conseillée par M. Lannelongue. Il

importe, en effet, de bien préciser tout d'abord qu'il ne s'agit point ici d'une trépanation secondaire nécessitée par l'envahissement du canal médullaire par la suppuration au cours d'une ostéomyélite, mais bien d'une trépanation primitive, faite dès le début de la maladie, d'après une idée théorique. Cette idée théorique est la suivante : dès qu'il y a du pus formé entre l'os et le périoste, il en existe également à l'intérieur du canal médullaire et dans les canaux de Havers; tant pour arrêter les phénomènes locaux que pour combattre les phénomènees généraux d'infection, il importe de donner le plus tôt possible issue à cette suppuration intra-osseuse par la trépanation. C'est même sur cette assimilation des éléments anatomiques situés à la face profonde du périoste, dans le canal médullaire et dans les canaux de Havers, et sur leur envahissement simultané qu'est basée la dénomination d'ostéomyélite. Déjà au moment où M. Lannelongue faisait sa communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, M. Trélat lui faisait observer que cette dénomination pouvait contribuer à répandre une idée fausse, à savoir que la suppuration est limitée au canal médullaire. Or, y a-t-il toujours du pus dans le canal médullaire? Bien certainement non. Il suffit, pour le prouver, de citer les cas dans lesquels la trépanation a été faite et où elle n'a donné issue à aucune trace de suppuration.

Je rapporterai à cet égard un fait qui remonte bien loin, à l'époque où j'étais chirurgien du Bureau central. Je fus appelé un dimanche à Lariboisière dans le service de M. Duplay, pour un jeune homme présentant les symptômes d'une ostéomyélite du fémur gauche. L'interne du service était M. Berne, qui, l'année précédente, avait été l'interne de M. Lannelongue. Grâce à cette circonstance, il connaissait bien la physionomie clinique de l'ostéomyélite, et c'est ce qui lui avait permis de dépister la maladie dans ce cas où tous les symptômes étaient très peu accusés. En effet, le périoste incisé, il ne s'écoula pas plus d'une cuillerée à café de pus. Imbu des idées de M. Lannelongue, M. Berne me pressa de faire la trépanation de l'os, sous le prétexte que, du pus existant entre le fémur et le périoste, il devait y en avoir également à l'intérieur de l'os. Je fis donc la perforation de l'os avec la tréphine; il ne s'écoula absolument aucun liquide, et, quelques semaines après, ce jeune homme quittait l'hôpital, complètement guéri. Je pourrais citer d'autres faits analogues.

Il est donc bien certain qu'il n'y a pas toujours et nécessairement production de pus à la surface de l'os et dans l'intérieur du canal médullaire.

D'autre part, les larges débridements du périoste, sans trépanation, peuvent-ils procurer la guérison sans séquestre? La chose

n'est pas douteuse; le fait du service de M. Duplay que je viens de citer suffit à le prouver; je pourrais y joindre beaucoup d'autres faits analogues, puisque, comme je l'ai dit en commençant, je n'ai jamais recours à la trépanation préventive; j'ai vu un bon nombre de malades guérir définitivement sans élimination de séquestres.

Mais on peut, pour étudier la question, se placer à un autre point de vue. Sans doute, dira-t-on, la trépanation préventive n'est pas toujours indispensable; mais elle a pour avantage d'influencer favorablement la marche ultérieure de la maladie. Eh bien! cette proposition elle-même n'est pas exacte. J'en donnerai comme preuve les deux faits suivants :

Conscient de la responsabilité que je prenais, au double point de vue du traitement des malades et de l'enseignement, en rejetant la trépanation préventive, je fis un jour, à l'hôpital Trousseau ancien, l'expérimentation suivante : Sur un jeune garçon atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia gauche, j'appliquai la bande d'Esmarch, puis je sectionnai méthodiquement couche par couche les parties molles, y compris le périoste. Nous arrivâmes ainsi sur l'os très vascularisé et laissant suinter à sa surface de grosses gouttelettes de sang. Après avoir soigneusement épongé la plaie, je pratiquai en deux points, au-dessus du cartilage épiphysaire, la trépanation. Il ne s'écoula pas une goutte de pus. Or, quel fut le résultat de cette trépanation hâtive; eut-elle pour effet d'enrayer la marche de la maladie? En aucune façon, car, dans les jours suivants, il y eut de ce même côté une arthrite purulente tibiotarsienne, et, ultérieurement, un foyer similaire d'ostéomyélite sur l'extrémité inférieure du tibia du côté opposé.

La second fait que je veux rapporter provient également de l'hôpital Trousseau ancien. Il est relatif à une jeune fille entrée dans mon service pour une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia gauche. On fit appeler le chirurgien de garde, qui, imbu des idées de M. Lannelongue, opéra de la façon suivante : Il fit, sur la hauteur de la diaphyse tibiale, trois petites incisions de 2 cent. 1/2 de longueur environ, qui lui servirent à pratiquer trois perforations osseuses. Or, quelle fut la suite de cette trépanation multiple? La maladie fut-elle enrayée? Ici encore, nous sommes obligés de répondre négativement, puisque, dans les jours suivants, il se développa une arthrite purulente du genou, qui nous obligea à pratiquer une arthrotomie. La marche de la maladie fut celle de l'ostéomyélite prolongée, puisque, pendant plus d'une année, il y eut de l'hyperostose et des éliminations de séquestres qui nécessitèrent de multiples interventions.

Mais si la trépanation préventive n'est pas indispensable, puisqu'on voit des malades guérir sans élimination de séquestres,

sans avoir été soumis à la trépanation; si, d'autre part, la trépanation préventive n'a pas pour résultat d'enrayer la marche de la maladie, du moins est-elle sans inconvénients? C'est là une question angoissante que je me pose avec M. Delbet, à propos de son second malade, qui, au moment même de la trépanation, ne présentait aucun envahissement du canal médullaire, tandis que, dans les jours suivants, l'os tout entier a été envahi par la suppuration, avec des phénomènes si graves, qu'on a dû en venir à l'amputation de la cuisse. On comprend, en effet, qu'il puisse y avoir du danger à mettre la moelle, saine jusque-là, en communication avec un foyer sous-périostique de suppuration.

Pour toutes ces raisons, je rejette la trépanation préventive pour donner la préférence aux larges débridements du périoste dans toute l'étendue où cette membrane est décollée, débridements que je fais suivre d'un drainage également très large du foyer purulent. En préconisant cette manière de faire, j'ai un autre but; je me place au point de vue du médecin praticien; je tiens à lui enlever tout prétexte de ne pas recourir, en présence d'une ostéomyélite à une intervention hâtive. Si, en effet, l'on enseigne que la trépanation est le traitement exclusif de la maladie, on trouvera des médecins qui, isolés, privés de tout aide, seront effrayés d'entreprendre une opération osseuse. Ils auront peur d'endosser une aussi grande responsabilité; souvent même ils n'auront pas à leur disposition l'instrumentation nécessaire. Au contraire, pour pratiquer les larges débridements du périoste, il leur suffit d'un bistouri et de pinces hémostatiques. Par elle-même, cette intervention pourra se montrer suffisante; le médecin aura rempli l'indication maîtresse; et si, dans les jours suivants, l'état général du malade commande une intervention osseuse, le médecin pourra se procurer l'outillage nécessaire, ou, même, faire appel au chirurgien.

Présentations de malades.

Luxation récidivante de l'épaule.

M. Lucien Picqué. — A diverses reprises, je vous ai présenté des luxations récidivantes de l'épaule qui offrent, comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, une certaine fréquence chez les aliénés.

Aujourd'hui, je vous présente ce malade, chez lequel la luxation affecte un type un peu spécial. La radiographie démontre l'exis-

tence d'une fracture ancienne du col anatomique; mais on n'y voit pas l'encoche qui était si nette dans le cas de notre collègue Routier, et que j'ai constatée d'ailleurs dans tous les cas que j'ai opérés.

D'autre part, le malade n'est pas épileptique comme nos autres malades, c'est un alcoolique chronique.

Comme vous pouvez le voir vous-mêmes, la luxation se produit et se réduit par simple pression. Je me propose d'intervenir prochainement.

M. Mauclaire. — Je montrerai ici bientôt un cas de capsulorrhaphie pour une lésion semblable. A la radiographie, on croyait voir une encoche sur la tête humorale. A l'exploration intra-articulaire, il n'y en avait pas.

Large craniectomie réparée par une plastique d'or.

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente de nouveau aujourd'hui le malade que je vous ai déjà montré il y a environ deux ans.

Je vous rappelle que ce malade, atteint d'une épilepsie de diagnostic difficile, avait subi une large craniectomie qu'avait exécutée mon maître Schwartz. Les crises avaient continué. Le manteau cérébral était devenu très sensible à la pression. Le malade éprouvait de ce fait une gêne très grande.

Je remplaçai le lambeau de crâne qu'avait détruit l'opération par une lame d'or fixée sur la berge du trou par des coins d'or. Cette lame est large presque comme la paume de la main.

Vous voyez que les tissus ont supporté sans la moindre réaction cette plastique de métal. On peut dire qu'il est impossible, je ne dis pas seulement à la vue, mais même au toucher, de se rendre compte qu'un pareil corps étranger est inclus dans les tissus. C'est à peine si sa présence trouble d'un très léger relief au niveau des bords de l'appareil la surface lisse et unie de l'exocrâne.

Il m'est arrivé de plusieurs points que maint chirurgien de l'étranger et de la province avait pris ma première présentation pour un « bluff » et pensé que j'avais donné la radiographie d'un cadavre.

J'aime à penser que la visite que vient aujourd'hui vous faire mon opéré calmera la scientifique inquiétude des plus difficiles.

Restauration prothétique d'une grande partie de la face.

M. Pierre Sebileau. — Le 6 avril 1906, Jean R..., de Beaumont (Dordogne), reçoit à bout portant un coup de fusil dans la face. Il perd de ce fait : le menton et une grande partie du maxillaire inférieur dont il n'a conservé que deux tronçons et quelques dents; de plus, la lèvre inférieure, la moitié antérieure de la langue et une partie du plancher de la bouche, tout le maxillaire supérieur moins six dents, la lèvre et le nez. Son moignon de langue se trouve emprisonné derrière les deux débris de maxillaire rapprochés à angle aigu par les brides cicatricielles du plancher. De ce fait, il ne peut parler et ne mange que très difficilement. Jusqu'ici sa famille s'est opposée à toute intervention chirurgicale; elle s'y résoudra sans doute et j'espère pouvoir un jour rétablir l'articulation dentaire tout à fait défectueuse.

Mais je veux vous montrer aujourd'hui l'admirable restauration prothétique que M. Delair a exécutée sur ce pauvre mutilé que lui a adressé le Dr James (de Lalinde). Il a réalisé là un véritable chef-d'œuvre de mécanique.

Voici les trois pièces qui constituent l'appareil :

1° Une gouttière en argent enchâssant les dents inférieures; en dehors est rapporté un appareil dentaire en étain fondu et portant des dents minérales; de chaque côté et en avant sont ménagés deux tubes en argent devant servir à la pose du menton et de la lèvre artificiels. Cette pièce inférieure pèse 100 grammes et tient par son poids.

2° En haut, un appareil dentaire en vulcanite et or s'adaptant sur les dents restantes. Il s'appuie sur les cornets et comble toute la cavité nasale; il obture en même temps le sinus droit défoncé. Il porte neuf dents. A sa partie antérieure est fixé un mécanisme d'or qui sert à accrocher la pièce faciale. Le tout, malgré son volume ne pèse que 34 grammes.

3° Le menton et la lèvre inférieurs sont en caoutchouc mou et peint. Une fausse barbe y est ajoutée. Deux tenons parallèles fixés en arrière de la pièce s'introduisent dans les deux trous de la pièce dentaire et l'y réunissent.

4° La lèvre supérieure et le nez, très minces aussi et légers, sont peints et munis d'une moustache postiche. A l'arrière sont fixées deux agrafes d'or qui s'introduisent automatiquement sur le mécanisme d'accrochage de la pièce dentaire formant obturateur.

Le mutilé pose et ôte lui-même ces dernières pièces. Il mange grâce à ses dents artificielles et commence à mieux parler.

Présentations de pièces.

Un cas de pancréatectomie partielle pour épithélioma de la tête du pancréas.

M. MAUCLAIRE. — Les cas de pancréatectomie partielle sont encore assez rare, aussi il nous a paru intéressant de publier le fait suivant :

OBSERVATION. — A. C..., âgé de soixante-deux ans, qui m'avait consulté plusieurs fois, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 26, le 6 août 1906, dans le service de M. Le Dentu, que je remplaçais.

Cet homme, très résistant, a toujours été bien portant sauf une pneumonie en 1870. Depuis plusieurs mois, il souffre au niveau de la région épigastrique, à 2 centimètres au-dessus et un peu à droite de l'ombilic et d'une façon intermittente. Ces douleurs ne rappellent en rien les douleurs de la colique hépatique. L'appétit est irrégulier, le malade a maigri, le facies est un peu jaunâtre.

Actuellement, à l'examen de la région épigastrique, on ne sent aucune tuméfaction bien nette. La palpation de la région gastrique ne décèle également aucune tuméfaction. Le foie est un peu gros, il déborde légèrement les fausses côtes. Il n'y a pas de douleurs au niveau de la région vésiculaire.

Rien de particulier à signaler à la palpation de l'abdomen; pas de ganglions hypertrophiés dans la région sus-claviculaire. Le foie est nettement ictérique; les urines sont très foncées. Les matières fécales sont décolorées. L'appétit est peu développé, mais le malade, quoique ayant maigri, est encore très résistant. Il n'a pas de fièvre, toutefois le 12 et le 13 août la température a été de 38 degrés.

Le diagnostic posé fut celui de néoplasme de la tête du pancréas ou de calcul de la terminaison du cholédoque. L'examen des urines n'a été fait qu'au point de vue du sucre et de l'albumine. L'examen chimique des matières fécales n'a pas été pratiqué.

Opération le 16 *août* 1906. — Laparotomie suivant l'incision de Kehr, le malade étant placé sur un billot pour bien faire saillir la région hépato-duodénogastrique.

Exploration méthodique des voies biliaires et du canal cholédoque par l'hiatus de Winslow.

Les voies biliaires accessoires et principales sont normales, un peu dilatées toutefois.

En explorant la tête du pancréas, contre le bord interne du duodénum, on sent une masse arrondie polylobée, non kystique et de consistance assez ferme. Cette masse n'étant pas infiltrée dans la glande, nous en tentons l'extirpation à travers l'épiploon gastro-colique. Elle est assez facile, car en bas la tumeur est libre. Il y eut un suinte-

ment sanguin relativement peu intense à la partie supérieure de la glande. Le tissu pancréatique ainsi mis à nu a une coloration jaunâtre très marquée. La masse enlevée est grosse comme la moitié d'une petite mandarine. Je ne sens pas de ganglions le long du bord supérieure de la glande.

Tamponnement de la plaie avec une mèche, enveloppant un drain, mais l'hémorragie capillaire fut très faible.

Puis nous croyons utile de faire une cholécystostomie. La vésicule biliaire est un peu dilatée.

Les suites de l'opération furent régulières. Le malade n'a pas fait de fièvre les jours suivants. Par l'orifice de la plaie médiane, tamponnant la région pancréatique, il sortit un peu de bile pendant huit jours.

Cette plaie est restée ouverte durant une quinzaine de jours. Elle s'est comblée et cicatrisée rapidement. Par la cholécystostomie, la bile s'écoula d'abord en abondance, puis d'une façon modérée et continue. Les matières fécales reprirent leur coloration normale dès l'ablation du tamponnement pancréatique, c'est-à-dire le cinquième jour après l'opération.

Mais le malade continua à s'affaiblir, il se cachectisa et il succomba deux mois et demi après l'intervention.

Le canal cholédoque n'avait été que peu lésé pendant l'extirpation de la tumeur. Notons de plus que cette extirpation fut facilitée par ce fait que la tumeur siégeait plutôt sur le bord inférieur de la glande, bord inférieur non adhérent normalement au duodénum.

J'avais pensé tout d'abord avoir enlevé un foyer de pancréatite chronique ou tuberculeuse.

Mais *l'examen histologique*, fait par M. Dupont, interne du service, avait fait penser tout d'abord à une lésion de pancréatite chronique, toutefois en examinant plusieurs coupes, il fut reconnu qu'il s'agissait d'épithélioma.

Je rappellerai les cas suivants d'extirpation partielle de la tête pancréatique pour tumeur solide :

Ruggi : Carcinome primitif de la tête et du corps.

Terrier : Tumeur épithéliale.

Biondi : Fibro-adénome.

Krœnlein : Sarcome.

Sendler : Lymphadénome tuberculeux.

Tricomi : Adéno-carcinome.

Quant aux kystes de la tête pancréatique, A. Wolfer (1) en signale 16 sur 47 cas où le siège du kyste opéré a pu être précisé.

(1) A. Wolfer : *Prager med. Woch.* 1907, n°

Splénomégalie; anémie pseudo-leucémique; splénectomie.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter une rate pesant 2 kil. 500 grammes que j'ai enlevée, il y a six jours, à un homme atteint d'anémie pseudo-leucémique.

V. X..., facteur des postes, âgé de trente-sept ans, entre dans mon service, salle Nélaton, le 9 juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien de notable. Père éthylique, mort à cinquante-deux ans.

Antécédents personnels. — Très bien portant habituellement. N'a présenté d'autre affection antérieure que les oreillons au régiment. *Pas d'antécédents paludiques.*

État actuel. — A commencé à maigrir et à s'affaiblir progressivement il y a environ six mois. Il souffre depuis cette époque dans le ventre et le côté et sent à ce moment une tumeur dans son flanc gauche.

Son médecin l'adressa à M. Dominici. L'examen de son sang faisant penser à une leucémie, il subit pendant deux mois un traitement radiothérapique.

L'absence d'amélioration et l'affaiblissement progressif du malade font décider l'opération chirurgicale. La formule sanguine est celle d'une leucémie myélogène fruste et le pronostic est, par conséquent, très réservé.

Examen du malade. — Malade excessivement amaigri et à facies cachectique. Localement tout l'hypocondre gauche est occupé par une grosse tumeur de consistance assez dure, descendant de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, empiétant en dedans sur la ligne médiane, et dont la matité à la percussion remonte presque au sixième espace intercostal (ligne axillaire). Au moment de l'intervention, le diagnostic quant à la nature de la tumeur splénique est hésitant : splénomégalie primitive, leucémie myélogène, sarcome de la rate, kyste hydatique de la rate?

Le 11 juillet 1907, je pratique la splénectomie. Incision sur la ligne médiane, commençant à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde et se terminant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le tablier épiploïque qui recouvre la tumeur et qui y adhère est relevé et j'en resèque une partie. La main introduite dans l'abdomen libère des adhérences molles, et, comme l'énucléation de la tumeur n'est pas possible une incision perpendiculaire incisant le muscle grand droit du côté gauche est pratiquée au niveau du siège présumé du pédicule de la rate.

Cette dernière est alors facilement réclinée au dehors pour découvrir son pédicule. L'artère d'assez petit volume est coupée entre deux pinces ainsi que la veine très ectasiée.

La main introduite alors dans la tumeur peut aller détacher son pôle supérieur qui tenait par quelques adhérences et la tumeur sort du

ventre et laisse à sa place une vaste cavité sous-diaphragmatique qui saigne. Ces quelques points qui donnent sont ligaturés et l'abdomen est refermé par des fils de bronze après la pose d'un drain et de deux mèches de tarlatane.

Le 12 juillet, le malade a son pansement tout d'un coup imbibé d'une grosse quantité de sang. L'hémorragie provient non de la poche, d'où le drain évacue seulement quelques caillots, mais de la paroi, pourtant fortement serrée par les fils métalliques et qui n'avait pas du tout saigné pendant l'intervention. L'hémorragie est assez abondante pour faire craindre la mort rapide du malade. On fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, on donne à l'intérieur 4 grammes de chlorure de calcium. L'hémorragie est arrêtée.

Le 13 juillet. — L'état général du malade est meilleur. L'hémorragie n'a pas reparu. Le pouls est bien frappé. Sérum artificiel en petite quantité, la mèche est laissée en place.

Le 15 juillet. — En prévision de l'ablation de la mèche et de l'hémorragie en nappe qui est à craindre à la suite de cette ablation, le malade est mis au régime de 4 grammes de chlorure de calcium par jour. Son état général paraît s'affaiblir un peu.

Le 17 juillet. — Le malade s'affaiblit peu à peu. La mort a lieu dans la journée.

Voici une note de M. Dominici, sur l'examen du sang et les déductions qui en résultent :

Hématimétrie et hémochromométrie

Globules rouges	2.800.000
Globules blancs	12.500
Hémoglobine (Tallquist)	65 p. 100

Etude morphologique

Polynucléaires neutrophiles	20	p. 100
— éosinophiles	2,1	—
— basophiles (Mastzellen)	2,7	—
Myélocytes neutrophiles intermédiaires (aux polynucléaires et aux myélocytes à noyau arrondi)	4,5	—
Myélocytes neutrophiles	4	—
Myélocytes basophiles homogènes	0,5	—
Myélocytes basophiles éosinophiles	0,5	—
Mononucléaires	65,7	—
Hématies nucléées ou érythroblastes	14	—

4 Myéloblastes
1 Normoblaste

Coagulation

Normale
Rétraction normale.

Diagnostic. — La mise en circulation d'un nombre relativement considérable de myélocytes neutrophiles : 9,5 p. 100; la Mastzelle leucocytose, 2,7 p. 100; la poussée des hématies nucléées, 14 p. 100 leucocytes (1750) par centimètre cube, la splénomégalie suggère le diagnostic de leucémie myélogène.

Ce diagnostic est contredit par le peu d'intensité de la leucocytose : 12.500 leucocytes par millimètre cube.

Toutefois, il est des leucémies myélogènes frustes où le nombre des leucocytes est peu élevé.

Le diagnostic de leucémie myélogène fruste est éliminé ici pour les raisons suivantes :

1° Le nombre des leucocytes granuleux de la série myélogène est beaucoup moins élevé que celui des leucocytes dépourvus de granulations de la série lymphogène (petits, moyens, grands mononucléaires) :

65 mononucléaires de la série lymphogène, contre 35 leucocytes de l'autre série.

2° Les hématies nucléées ou erythroblastes sont plus nombreuses que les myélocytes, 14 hématies nucléées contre 95 myélocytes.

3° Les myélocytes à granulations hémophiles sont absents, les myélocytes éosinophiles se présentent en quantité minime (0,5).

4° La Mastzelle leucocytose, 2,7, la polynucléose éosinophile, 2,1, sont très peu marquées.

Le caractère dominant au point de vue hématologique est la mise en circulation d'une grande quantité d'hématies nucléées coïncidant avec une leucocytose peu accentuée.

Le diagnostic est celui d'anémie pseudo-leucémique.

M. Potherat. — Je saisis cette occasion pour rappeler que j'ai présenté ici, il y a cinq ou six ans, une rate plus volumineuse que j'avais enlevé à une jeune femme habitant le Transvaal depuis plusieurs années. Cette malade avait guéri sans accident, elle est restée guérie; du moins, elle l'était encore l'année dernière, ainsi que me l'ont confirmé les nouvelles de cette malade retournée au Mozambique, quelques mois après l'intervention.

Dans ce cas, il s'agissait d'une rate palustre.

Tout autre est le cas d'une jeune femme que j'ai observée il y a cinq à six mois et qui m'avait été adressée à l'hôpital de Bon-Secours pour y subir la splénectomie. Cette malade avait une rate énorme, remplissant une grande partie de l'abdomen ; elle avait eu des accès fébriles antérieurement; elle avait un état général qui déclinait de plus en plus, et présentait presque chaque soir des élévations de température. Avant de ne rien entreprendre, je soumis cette malade à l'examen de mon collègue de Broussais et ami Œttinger; l'examen du sang conduisit au diagnostic de leucémie myélogène. La malade fut soumise à la radiothérapie qui, rapidement, amena une diminution considérable du volume de la rate et une amélio-

ration très grande de l'état général. Le résultat fut tel, bientôt, que la malade présenta les apparences de la guérison. J'estime donc que le traitemeut chirurgical, dans ces cas, doit céder le pas au traitement médical et radiothérapique.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

Une lettre de M. le Dr Moty, demandant la lecture d'une note qu'il envoie à la Société, et qui n'est pas parvenue.

A l'occasion du procès-verbal.

Appendicite et ulcère perforant.

M. Rochard. — Messieurs, à propos du rapport que je vous ai fait dans la dernière séance, sur une observation d'ulcère perforant de l'estomac, dans le cours d'une appendicite, M. Dieulafoy a eu l'obligeance de me faire parvenir des observations qui m'avaient échappé et je m'empresse de réparer cet oubli.

Dans son dernier volume de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1905-1906, il cite une observation de Waren Lort dans

laquelle un jeune malade est opéré d'appendicite aiguë et, au cours de l'opération, on trouve un ulcère perforé de l'estomac. Une deuxième observation de Watson Cheyne et Haydock Wilbe est à peu près semblable. Pendant une opération d'appendicite, on trouve un ulcère perforé de l'estomac.

Il en est de même d'une petite malade de Milward qui présentait un abcès appendiculaire et chez laquelle apparurent, au bout de quelques jours, des symptômes de péri-gastrite et une voussure gazeuse dus à un ulcère perforé de l'estomac.

M. Dieulafoy, dans cette même clinique, cite encore deux observations d'appendicite avec ulcère perforé du duodénum, une de 1905 qui lui est personnelle et une autre de Ledrard et Sedgwick, et il en conclut que « dans quelques circonstances, chez les gens atteints d'appendicite, les ulcérations de l'estomac et du duodénum obéissent à un *processus galopant*, rapidement nécrosant, perforant, causé par la toxi-infection appendiculaire ». C'est de cette manière qu'il nous paraît falloir interpréter la formation de l'ulcère chez le malade de M. Pfihl, dont nous avons rapporté l'observation.

Tumeur de la rate.

M. Rochard. — M. Dominici vient de me faire connaître le résultat de l'examen de la *tumeur de la rate* que j'ai présentée dans la dernière séance. Voici cette note :

« La rate, la moelle osseuse du sternum, des côtes, du fémur, présentent les mêmes modifications histologiques. Celles-ci consistent essentiellement en une prolifération extrêmement accentuée des cellules conjonctives, accompagnée de la transformation d'un grand nombre de ces éléments, en cellules géantes à noyau bourgeonnant.

« La néoplasie en question se range parmi les *lymphosarcomes*. »

Calculs du cholédoque. Exploration des voies biliaires. Cholédocotomie. Drainage des voies biliaires à l'aide du siphon. Duodénotomie exploratrice.

M. Lucien Picqué. — La très intéressante communication de Lejars m'engage à vous communiquer un cas où j'ai utilisé le drainage des voies biliaires comme nous l'ont recommandé nos col-

lègues MM. Terrier, Quénu et Lejars. Mais ce cas présente encore un réel intérêt en raison de quelques points de technique intéressants.

Voici d'abord cette observation :

La nommée Marie R..., quarante-neuf ans, ménagère, entre dans mon service de l'hôpital Bichat, le 8 février 1905, salle Chassaignac 12, pour des coliques hépatiques. C'est sa deuxième entrée.

A souffert de ces coliques il y a onze ans pour la première fois, peu de temps après une grossesse.

Cette première colique a été sa première maladie. Elle débuta dans la nuit par des douleurs vives dans le ventre et le dos, puis des vomissements apparurent, alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Elle dura environ quarante-huit heures. Pas d'ictère.

Depuis ce moment, elle continue à souffrir dans le côté droit du ventre, avec des indigestions fréquentes, des digestions laborieuses et un état permanent de constipation.

Seconde colique il y a quatre ans, c'est-à-dire sept ans après la première.

Le début a été le même, dans la nuit, avec les mêmes douleurs, les mêmes vomissements, la même constipation, pas d'ictère. Quarante-huit heures de durée.

En avril 1905, troisième crise : absolument semblable aux précédentes, même durée de quarante-huit heures, mais elle devint jaune deux à trois jours après la crise. Elle conservait cependant une douleur sur le côté droit de la ligne médiane, avec irradiation dans le dos, du même côté. Elle rentra à Bichat en médecine, où on lui parla d'opération ; devant cette perspective la malade en sort après avoir fait un séjour d'environ un mois.

Elle continue à souffrir depuis ce moment, toujours dans le côté droit du ventre ; l'ictère avait cependant disparu.

Ne trouvant aucune amélioration, elle se décide, en septembre, à revenir à Bichat en chirurgie.

A son entrée, elle présente un ictère prononcé, des selles décolorées, ses urines très foncées. Température très élevée, douleur très vive au niveau de la vésicule biliaire

Le 19 septembre 1905, une cholécystectomie est pratiquée d'urgence sur nos indications par le service de garde. La vésicule était perdue dans une masse d'adhérences infiltrées de pus. Elle est remplie de calculs. La cavité abdominale est protégée au moyen de compresses. Il est impossible d'enlever méthodiquement cette vésicule, dont une partie est abandonnée dans la plaie. L'opération donne le résultat médiat attendu, la température tombe, mais depuis, la malade a toujours continué à souffrir de la même façon et au même endroit qu'avant. Son ictère avait disparu : la bile s'écoulait en abondance par la plaie.

Elle part au Vésinet un mois et demi après; sa fistule était fermée. A sa sortie, de nouveau l'ictère se reproduit, les douleurs sont plus vives.

Elle revient à l'hôpital le 8 février, avec les mêmes douleurs continues, mais sans crises violentes.

A son entrée, on constate un ictère léger, les selles sont décolorées, les urines noires. A la palpation, on fait ressentir à la malade une douleur très vive sur le bord externe du muscle droit à la hauteur de l'ombilic, mais on ne perçoit pas de tuméfaction.

M. Picqué admet l'existence d'une obstruction des voies biliaires, probablement par calculs.

L'opération est pratiquée le 17 février 1906 et conduite de la façon suivante, avec l'assistance de M. Grégoire, prosecteur à la Faculté, et de M. Charles Liné, interne du service.

Incision sur le bord externe du droit, du rebord costal à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic; elle donne accès sur une masse d'adhérences au niveau de laquelle il est très difficile de reconnaître les organes de la région.

Recherche du bord inférieur et de la face inférieure du foie. Grande difficulté de les libérer des adhérences qui les fixent dans la profondeur. Le moignon de la vésicule biliaire est retrouvé.

Abaissement du côlon transverse. Libération du bord libre du petit épiploon. Selon la technique de Quénu, un doigt dans l'hiatus de Vinslow charge le pédicule hépatique. Isolement à la sonde cannelée de ses divers éléments sans provoquer aucune hémorragie; on ne trouve rien dans le cystique, ni dans l'hépatique.

Décollement du duodénum par le procédé de Vautrin. On sent alors en arrière du pancréas, dans la portion sous-duodénale de l'hépato-cholédoque, un calcul, puis un second.

Il est possible de les repousser jusque dans la portion sous-duodénale.

Incision longitudinale de l'hépatho-cholédoque sur une longueur d'un centimètre environ. Extraction des calculs.

En raison des phénomènes fébriles qu'avait présentés la malade et conformément à la pratique de nos collègues, une sonde de Nélaton coupée à son extrémité est placée dans le canal hépato-cholédoque vers le foie en guise de drain. Un long tube y est adapté pour former siphon.

Suture de la paroi à deux plans.

Suites opératoires. — Dès le jour de son opération, l'écoulement de bile s'établit régulièrement par le siphon, ne tachant que très légèrement le pansement. La malade n'a pas de température le lendemain matin, elle est tombée de 38°2 à 37°2 pour n'en plus bouger. Le pouls est normal comme fréquence, mais très petit. La malade vomit très souvent dans la journée. Le liquide rendu est noirâtre, très abondant et très acide, bien qu'elle ne prenne absolument rien.

Le lendemain, même état; vomissements toujours très fréquents et abondants, toujours noirâtres. Douleurs vives au niveau du foie et irradiées vers l'épaule. Pas de fièvre. Pouls excellent.

Pendant deux jours, la malade vomit ainsi tout ce qu'on essaye de lui faire prendre. Supposant que le tube intra-hépatique pouvait bien

produire ces douleurs et ces vomissements par réflexe, on le supprime. Dès ce moment les vomissements cessent, la douleur disparaît, et depuis la guérison se fait sans encombre.

Comme on le voit, la température était tombée dès le drainage, mais les vomissements et les douleurs persistaient et n'ont disparu que par l'ablation du drain. C'est un fait à retenir.

Mais l'intérêt de l'observation réside surtout dans la difficulté que l'on peut éprouver dans la recherche du cholédoque, dans les cas où la vésicule a été au préalable réséquée.

Dans une communication importante, notre collègue Quénu avait déjà attiré l'attention sur ce point.

Dans un cas où il avait précédemment pratiqué une cholécystectomie, il avait dû libérer tout d'abord le duodénum devant les adhérences qui masquaient le pédicule du foie, en effondrant l'épiploon gastro-hépatique. Passant alors le doigt derrière le pédicule, il avait ainsi pu retrouver l'hiatus de dedans en dehors.

Il put dès lors facilement reconnaître le cholédoque sur le pédicule qu'il avait devant les yeux.

Les mêmes difficultés se sont présentées dans mon cas, parce que, comme dans celui de Quénu, la cholécystectomie avait été faite au préalable.

C'est en suivant la manœuvre qu'il a conseillée que je pus, comme lui, réussir, en y associant d'ailleurs le procédé de Vautrin.

Nota. — Cette malade recommença à souffrir quelque temps après et rentra dans mon service le 14 septembre 1906.

Je pensai alors qu'il était resté quelque calcul dans la portion terminale du cholédoque et je me proposai de pratiquer une nouvelle intervention et de recourir à la duodénostomie exploratrice et au cathétérisme rétrograde du cholédoque, selon le procédé que nous a recommandé notre collègue Quénu.

Opération le 11 octobre, avec l'aide de M. Grégoire, assistant, et de M. Labarrière, interne du service.

Incision de Kehr. Je tombe sur des adhérences très nombreuses intéressant l'épiploon, le foie, l'estomac, le duodénum et le côlon.

La palpation ne révèle rien dans le cholédoque, qu'il est possible de suivre jusqu'à son embouchure dans le duodénum, mais il est entouré d'adhérences qui l'étranglent et que je libère.

Duodénostomie sur la deuxième portion du duodénum ; un stylet introduit dans l'ampoule de Vater, à la partie terminale du cholédoque, ne fait rien sentir dans ce dernier.

L'incision du duodénum est suturée à l'aide de 2 plans de soie.

Suture de la paroi; 2 drains sont placés. Aucune suite opératoire.

La malade est revue en mars 1907. La guérison est définitive. Elle n'est pas revenue depuis à l'hôpital.

On voit par cette observation combien sont devenues faciles, grâce aux divers procédés indiqués par nos collègues, les indications opératoires dans le traitement de la lithiase biliaire.

A propos des sections du pneumogastrique.

M. Tuffier. — Messieurs, je crois qu'il ne faut pas être trop optimiste dans l'appréciation des résultats des excitations ou des sections du pneumogastrique. Je crois, comme M. Faure, que sur un sujet « sain et vigoureux » on peut réséquer le pneumogastrique sans accident, mais nos opérés ne sont pas toujours dans ces conditions, elles sont mêmes peu fréquentes, et dans les conditions inverses cette résection peut être grave.

Je puis vous citer deux faits d'*excitation* par tiraillement du pneumogastrique et un troisième de résection. Chez un de mes anciens assistants, M. B..., j'ai dû ouvrir, l'opérant sans aucune anesthésique, un phlegmon profond de la gaine des vaisseaux du cou au-dessus du sternum. La peau et les plans superficiels sectionnés, je dus dissocier à la sonde cannelée les plans profonds périvasculo-nerveux, et, au moment où mon instrument mobilisa les tissus voisins du nerf, mon opéré eut une angoisse profonde, une sensation d'arrêt du cœur et de mort, la face devint pâle, le pouls s'arrêta un instant, puis, tout s'amenda peu à peu. Ces mêmes troubles circulatoires ont été constatés par moi sur des opérés anesthésiés par le chloroforme; c'était au cours de recherches que j'ai poursuivies pour savoir quelles étaient les variations de la respiration et du pouls pendant la chloroformisation. J'ai fait relever minute par minute le pouls et la respiration pendant toute la durée de l'administration du chloroforme. Or, pendant une extirpation d'un lymphadénome du cou, je note des variations de nombre et d'irrégularité considérables des pulsations, et cela au moment où j'étais obligé d'exercer des tractions sur la tumeur.

J'ai pratiqué plusieurs résections du pneumogastrique sans accident, mais voici un fait moins heureux. Je vous le résume puisqu'il a fait la base de la thèse de mon élève Chifoliau. Une femme d'une cinquantaine d'années présente un anévrisme du

golfe de l'artère carotide primitive droite. Je voulus pratiquer l'extirpation de la poche et, au cours de mon opération, je vis le pneumogastrique pris dans la paroi du sac, aplati et me paraissant sclérosé. J'en fis la résection. Cette femme guérit très bien de sa plaie opératoire, mais dès les premiers jours elle présentait des râles de bronchite dans tout le poumon *droit*, puis des signes de congestion pulmonaire, de pneumonie et bientôt de gangrène pulmonaire; l'autre poumon resta indemne. Je ne puis pas ne pas rapprocher ces accidents unilatéraux de la section du pneumogastrique du même côté.

M. Morestin. — Au cours d'interventions laborieuses pour des tumeurs malignes du cou, il m'est arrivé trois fois de réséquer le pneumogastrique. Je l'ai fait de parti pris, après avoir constaté que le nerf était inclus dans la masse néoplasique.

Dans le premier cas, le 7 juillet 1899, à l'hôpital Saint-Louis, j'avais affaire à un gros sarcome occupant la région carotidienne du côté gauche. Après avoir sacrifié la jugulaire interne, je dus supprimer 5 centimètres du pneumogastrique. La malade était une femme de cinquante-trois ans, obèse et emphysémateuse. Elle supporta néanmoins fort bien l'opération, qui avait été longue, pénible et sanglante, et à la fin de laquelle j'avais dû laisser plusieurs pinces à demeure. Il n'y eut aucune complication et la guérison, opératoire tout au moins, fut obtenue rapidement. La suppression du pneumogastrique n'eut d'autre conséquence que la raucité de la voix due à la paralysie de la corde vocale correspondante. C'est ce fait que M. Veau, à qui je l'avais communiqué, a mentionné dans sa thèse.

Un peu plus tard j'ai eu à intervenir chez un homme atteint d'un branchiome cervical occupant le côté droit. Cet homme, nommé Jules César, a été présenté à l'Académie de médecine (1901) par mon maître Richelot, dans le service duquel je l'avais opéré, et par moi-même au Congrès de Chirurgie de 1902. J'avais chez Jules César supprimé le muscle sterno-mastoïdien, la veine jugulaire et le nerf pneumo-gastrique droit. La résection de ce nerf ne détermina ici encore aucun phénomène alarmant, et n'eut d'autre conséquence qu'une certaine raucité de la voix.

J'ai revu le malade guéri plus de quatre ans après l'intervention.

Dans le troisième cas, opérant pour une tumeur occupant le côté gauche du cou, tumeur dont la nature exacte est restée indéterminée, mais qui était incontestablement très maligne, j'ai dû supprimer non seulement la jugulaire interne et le pneumo-gastrique, mais encore la carotide primitive et ses deux branches de bifurca-

tion. La mort survint au troisième jour, mais fut occasionnée par les accidents cérébraux imputables à l'oblitération de la carotide cérébrale.

Je crois donc que la section, ou la résection, du pneumogastrique ne comporte guère de suites fâcheuses, pourvu qu'elle soit unilatérale, et qu'il ne faut pas hésiter à supprimer le tronc nerveux englobé dans un néoplasme, que la lésion siège du côté droit ou du côté gauche.

La suppression du nerf des deux côtés serait tout au contraire très grave. Après bien d'autres, je pense, je l'ai vérifié expérimentalement chez le chien, il y a déjà bien longtemps. En 1892, à l'hôpital Broussais, j'ai, avec l'aide de mon regretté et charmant ami Bouglé, fait cette expérience. Le chien supporta admirablement la résection d'un des pneumogastriques. Quinze jours après, l'autre nerf fut sectionné, et l'animal mourut le soir même.

En ce qui concerne les accidents dus à l'irritation des pneumogastriques, je n'ai pas eu l'occasion d'en observer, même légers, bien qu'il me soit arrivé dans un très grand nombre d'opérations sur le cou, de libérer et récliner le pneumogastrique, de le disséquer au bistouri, ou de le détacher à la compresse.

Il est toujours bon d'être averti de leur possibilité et d'y penser au cours de nos interventions, mais il est certain que de tels accidents ne peuvent être qu'absolument exceptionnels.

Rapports.

Opération d'appendicite aiguë. Mort subite vingt-quatre heures après l'opération, par M. Salesses, médecin en chef de l'hôpital militaire de Chambéry.

Rapport par M. BAZY.

Le Dr Salesses nous a envoyé l'observation suivante :

X..., soldat âgé de vingt-deux ans, est atteint tout d'abord le 8 janvier dernier de fièvre avec courbature, vomissements sans douleur abdominale ou autre.

La fièvre persiste malgré un purgatif salin.

Mais quatre jours après le début des accidents, violentes douleurs dans le flanc droit avec maximum au point de Mac Burney.

On l'évacue sur l'hôpital militaire de Chambéry, où il arrive après deux heures de chemin de fer, très fatigué par le voyage, à neuf heures du soir. Le Dr Salesses le trouve si fatigué qu'il juge bon de le remonter un peu par des injections de sérum et de caféine, glace sur le ventre.

Le lendemain, le malade, quoique encore très fatigué est mieux; mais l'état paraît si grave que notre confrère juge bon de n'attendre pas plus longtemps, et l'opère.

Incision de Roux. Le péritoine ouvert, il s'écoule environ deux cuillerées à soupe de pus sanieux, fétide. L'appendice se présente sous la forme d'une masse noirâtre, libre à son extrémité, caché en partie sous le cæcum dans le reste de son étendue et enrobé dans un magma fibrineux qui agglutine en outre les anses intestinales voisines.

Il est réséqué au thermo-cautère et le moignon en partie enfoui.

Deux gros drains; on referme l'abdomen. Soir, l'état général était meilleur, le pouls relevé, pas de vomissements, deux selles spontanées.

Cependant, il existe un peu de dyspnée, la respiration est haletante.

On renouvelle le pansement, qui est souillé par de la sérosité un peu fétide.

Le lendemain, l'état est encore meilleur.

A dix heures, il causait avec sa mère : il pâlit tout à coup, a un hoquet et meurt dans l'espace de quelques secondes. Pas d'autopsie.

La mort subite après l'opération de l'appendicite est heureusement rare, puisque en somme on en compte les cas. Dans une rapide enquête parmi mes voisins de la Société, je ne relève que trois chirurgiens qui en aient observé, Walther, Guinard, qui a fait faire la thèse de Petit et Jalaguier; tous les autres : Rochard, Desmoulin, Beurnier, Thiéry, Mauclaire, J.-L. Faure, Villemin, Arrou, Richelot, Michaux, Potherat, Delorme, Reynier, Monod, etc., n'en ont pas vu.

J'ai observé un cas de mort, sinon subite, du moins rapide, six jours après une opération d'appendicite à froid qui n'avait offert de particulier, sauf des adhérences étendues, chez une femme de quarante-cinq ans, syphilitique, et dont les suites opératoires avaient été aseptiques et apyrétiques.

La mort subite dans l'appendicite n'a rien de spécial : c'est une des complications possibles des états infectieux, dans lesquels on peut constater des phlébites plus ou moins diagnosticables, susceptibles par conséquent de donner lieu à des embolies mor-

telles : car c'est l'embolie qui paraît être la cause de ces morts subites, heureusement rares.

M. Salesses a pensé devoir nous envoyer son observation à cause de la rareté de ces morts subites : celle qu'il a observée paraît l'avoir beaucoup ému, avec raison du reste, car son opération avait été très correctement faite. Il peut avoir cette consolation, c'est qu'un assez grand nombre de chirurgiens en ont observé.

En terminant, je vous prie d'envoyer des remerciements à M. Salesses pour cette intéressante observation, et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Luxation ancienne du coude. Hémi-résection avec interposition musculaire. Résultat dix-huit mois après l'opération, par M. O. Jacob, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. BAZY.

La lecture de la petite note que j'ai insérée dans nos *Bulletins* au sujet de la jeune fille que je vous ai présentée, et à qui j'avais pratiqué une résection du coude pour une ankylose à peu près complète, a suggéré à notre confrère, le Dr Jacob, agrégé libre du Val-de-Grâce, l'idée de nous envoyer l'observation d'un soldat auquel il avait pratiqué une hémi-résection du coude avec une interposition musculaire, comme je l'avais fait pour ma malade.

Il nous envoie les résultats éloignés de cette résection, ce qui est intéressant, beaucoup plus que le résultat immédiat.

Voici l'observation brièvement résumée :

Il s'agit d'un cavalier de vingt-trois ans qui, en descendant un escalier, fait une chute et se fait une luxation du coude en arrière. Cela se passait le 11 août 1905.

A cause du gonflement qui était considérable, la luxation est méconnue, ou plutôt confondue avec une fracture pour laquelle on met un appareil plâtré. La luxation n'est reconnue que quand on enlève l'appareil plâtré.

On essaye, à deux reprises différentes, de la réduire; on ne peut y parvenir et, deux mois après environ, le 5 octobre, le blessé est évacué sur le Val-de-Grâce où M. Jacob le voit; et après avoir constaté la luxation et s'être rendu compte que toute tentative de réduction serait vaine, il propose l'opération au blessé, qui l'accepte.

Cette opération était d'autant plus indiquée que l'avant-bras

était étendu sur le bras, et que toute tentative de mobilisation était très douloureuse.

La radiographie montre une luxation complète du coude en arrière et l'existence de productions ostéophytiques autour de l'extrémité inférieure de l'humérus.

L'opération est faite le 19 octobre 1905. Incisions latérales interne et externe. Ablation du tissu fibreux incrusté de petites formations osseuses, qui se trouve interposé entre les surfaces articulaires. Section de l'extrémité inférieure de l'humérus, à 2 centimètres au-dessus des tubérosités. On enlève le périoste en même temps que l'extrémité osseuse. Nettoyage de la face profonde du brachial antérieur et du triceps, qui est parsemée de petits ostéomes.

M. Jacob taille ensuite, sur la face profonde du brachial antérieur, un lambeau musculaire large de 4 centimètres, épais de 1 centimètre et long de 6 centimètres, et, après l'avoir sectionné au voisinage de son extrémité cubitale, il fixe son extrémité libre à la face profonde du triceps, par quatre points au catgut. Suture, drainage. Suites opératoires normales. Ablation des fils au dixième jour. On commence avec prudence la mobilisation le douzième jour, ainsi que l'électrisation par les courants continus.

Douches chaudes locales dès le quinzième jour.

La mobilisation, qui semblait se faire facilement, devient, un mois environ après l'opération, plus difficile; mais on insiste sur le traitement, et la tendance à l'enraidissement paraît assez facilement combattue.

Les ostéomes, qu'on voit se dessiner et augmenter dans les radiographies successives qui sont faites, sont évidemment la cause de cette tendance à l'enraidissement.

Deux mois et demi après l'opération, la flexion spontanée atteint 45 degrés, et l'opéré peut porter facilement la main à sa bouche et boutonner sa chemise et ses vêtements.

La pronation et la supination sont normales.

Mais l'opéré, en voulant retenir un de ses camarades sur le point de tomber, se fait une entorse de la néarthrose.

Après huit jours de repos et d'applications chaudes et humides, la mobilisation est reprise, mais elle est beaucoup plus difficile et plus douloureuse qu'avant l'accident.

Au mois d'août, six mois après l'accident, le malade est réformé, et, à ce moment, on note : la pronation et la supination sont à peu près complètes; l'extension spontanée ou provoquée atteint 135 degrés; la flexion spontanée atteint 45 degrés au moins, mais, en appuyant sur le poignet, on gagne 10 degrés.

Dans le mouvement de flexion spontanée, l'avant-bras se porte

un peu en abduction, ce qui, dit M. Jacob, est sans doute dû à la prédominance d'action du biceps.

La force musculaire est diminuée, mais est suffisante pour permettre de manœuvrer et soutenir dans les mouvements de flexion et d'extension un poids de 5 kilogrammes.

Le bras gauche est raccourci de 4 centimètres.

A la palpation, on note une augmentation notable de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Les radiographies qui ont été prises à plusieurs reprises, d'abord tous les huit, puis tous les quinze jours environ après l'opération, avaient montré des ostéophytes de plus en plus volumineuses, surtout autour de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Huit mois après l'opération, ces ostéophytes s'étaient en partie résorbées, mais il en persiste encore une assez grande quantité. Il semble que la palette humérale se soit en partie reproduite.

C'est la même impression qu'on pouvait avoir, mais avec un degré de reproduction presque parfaite, chez la malade que je vous ai présentée ici, et dont l'état paraît avoir frappé et intéressé un certain nombre d'entre vous : La nouvelle articulation ressemblait à l'ancienne; on y distinguait, d'une façon frappante, l'épicondyle et l'épitrochlée; l'olécrane elle-même paraissait en partie reproduite.

La force musculaire chez le malade du Dr Jacob laisse encore à désirer. Il semble qu'il n'en soit pas de même chez ma malade, où la force musculaire paraît en grande partie revenue.

Néanmoins, le malade de M. Jacob est très satisfait, ainsi qu'il le dit dans une lettre adressée dix-huit mois après l'opération, quoiqu'il n'ait pas pu reprendre le métier de boucher qu'il exerçait avant l'incorporation et qui exige la manipulation de morceaux lourds.

M. Jacob nous dit que le résultat n'est pas parfait; néanmoins, nous pouvons dire avec lui que ce résultat est très bon, puisque l'opéré peut mouvoir son avant-bras suffisamment pour beaucoup d'usages, peut porter la main à sa bouche, s'habiller; il est encore incapable de travaux de force, mais, peu à peu, il arrivera à pouvoir les accomplir.

A ces différents points de vue, l'état de la malade que je vous ai présentée est bien meilleur, puisqu'elle a les mouvements dans toute leur intégralité : elle soulève, peut porter et manœuvrer des poids assez lourds pour elle; l'atrophie musculaire est relativement peu considérable.

La valeur des résultats après des opérations semblables tient évidemment au mode opératoire, et l'interposition musculaire, en empêchant mécaniquement la coalescence des extrémités osseuses,

joue incontestablement un grand rôle; mais, à notre avis, le rôle le plus important doit être attribué à la volonté et à l'énergie du sujet; il faut beaucoup de volonté et d'énergie pour se soumettre tous les jours aux pratiques de mobilisation et de massage qui aboutissent à la mobilisation facile de l'articulation.

Il faut prévenir le sujet que toute opération peut rester vaine, s'il ne *veut* pas plus tard, à tout prix et malgré tout, retrouver le mouvement.

La guérison complète est à ce prix.

En terminant, je propose d'adresser des remerciements à M. Jacob, et de vous souvenir de son nom lors de l'élection des correspondants nationaux.

M. Quénu. — Je ne saurais trop insister après M. Bazy sur le rôle important des ossifications musculaires et ligamenteuses qui suivent les traumatismes du coude et spécialement les luxations non réduites; j'estime que dans ces cas le point le plus important de la technique opératoire consiste à enlever ces ostéomes, à réséquer les faisceaux ligamenteux antérieurs, voire l'extrémité inférieure du brachial antérieur, et à faire une résection osseuse assez large. Je ne suis certes pas l'ennemi des interpositions musculaires puisque je suis le premier pour le coude à en avoir apporté des exemples. Néanmoins dans un cas récent de luxation ancienne du coude en arrière, chez un adulte, datant de cinq mois, je m'en suis abstenu, j'eus de grandes difficultés à extirper les ostéophytes nombreuses enfoncées dans l'avant-bras et dans le bras; le brachial antérieur à son extrémité inférieure était dans un tel état que je crus préférable de réséquer toutes ces parties plutôt que d'interposer.

Le résultat a été parfait. Je ne commençai à mobiliser avec la plus grande douceur que le vingtième jour. Aucune raideur ne s'est produite à aucun moment et, actuellement, deux mois et demi après l'opération, le malade étend complètement son avant-bras et il le plie spontanément au delà de l'angle droit. J'insiste à ce propos sur deux points relatifs aux soins consécutifs : le premier, c'est de ne pas mobiliser trop tôt, d'attendre de dix-huit à vingt jours; le second, c'est de ne mobiliser que sans violence en soutenant et en conduisant l'avant-bras plutôt qu'en appuyant sur lui, la mobilisation précoce et la mobilisation forcée sont nuisibles, à mon avis, parce qu'elles favorisent la production des ossifications périarticulaires.

M. Nélaton. — Je crois comme M. Bazy à la très grande impor-

tance de la technique employée pour obtenir de bons résultats à la suite de la résection du coude.

C'est ainsi que je pense que la résection totale est infiniment préférable à l'hémirésection.

Je crois aussi que la mobilisation précoce n'a pas très grande importance dans le rétablissement des mouvements. Je crois que ce qui importe, c'est d'obtenir une guérison rapide avec une asepsie et une hémostase parfaites. La plaie aseptique est complètement guérie vers le quinzième jour et, à ce moment-là seulement on commence la mobilisation qui n'est plus extrêmement douloureuse.

M. Kirmisson. — Il y a, dans la discussion actuelle, plusieurs points à envisager. Le premier est relatif au procédé opératoire. Pour ma part, je suis partisan de l'hémirésection du coude, dans tous les cas où elle est applicable. Pour ce qui est de la tendance à la formation des ostéomes, il est évident qu'elle n'est pas la même dans tous les cas, et l'arthrite blennorragique jouit sous ce rapport d'une ancienne et légitime réputation. Quant à la mobilisation hâtive, je pense, comme MM. Quénu et Nélaton, qu'ici comme dans les fractures du coude, la mobilisation hâtive est le plus sûr moyen de provoquer la formation de périostoses, et, par suite, d'ankylose. Je pense donc qu'il faut ne commencer la mobilisation que quand le processus réparateur est complètement terminé.

M. Pierre Delbet. — Je veux seulement appuyer sur la nécessité des résections larges quand on opère pour des ankyloses d'origine traumatique et surtout d'origine blennorragique.

Pour avoir fait une résection trop économique, j'ai vu dans un cas l'ankylose se reproduire tout aussi serrée qu'avant l'opération. J'ai dû faire une seconde résection ; j'y ajoutai l'interposition d'une lame du muscle cubital postérieur et le résultat a été excellent. Je n'insiste pas, car je me rappelle vous avoir présenté cette malade.

M. Bazy. — Je suis heureux d'avoir provoqué les réflexions de mes collègues au sujet de la précocité de la mobilisation. Je n'ai jamais recommandé de mobiliser d'une façon précoce les articulations réséquées. Dans le cas de ma malade, je suis bien certain de n'avoir fait faire de mouvements que du dix-huitième au vingtième ou peut-être même vingt-cinquième jour.

Et si j'ai parlé de volonté et d'énergie chez les malades pour recouvrer les mouvements, c'est que chez ma malade ce n'est qu'à partir du troisième ou du quatrième mois après l'opération que les

mouvements étant encore bien limités, ce n'est que grâce à sa volonté qu'elle a pu obtenir le résultat que je vous ai montré et qui, au point de vue des mouvements, était parfait puisque la flexion et l'extension étaient complètes.

A propos de prudence, je crois que M. Jacob y a insisté suffisamment; à la vérité il a commencé sa mobilisation dès le douzième jour, mais en somme le résultat obtenu chez son malade est bon.

A propos de la sérothérapie antitétanique, par M. le Dr A. Dupraz (de Genève).

Rapport de M. POTHERAT.

Messieurs, le Dr A. Dupraz, de Genève, dont le nom s'orthographie avec un *z* et non un *t*, comme il a été imprimé dans nos bulletins, nous a envoyé deux observations de malades, à propos desquels il nous soumet quelques réflexions sur la sérothérapie antitétanique.

La première a trait à un homme qui, dans un clos d'équarrissage, reçut à la face un coup de bêche qui lui fit une longue plaie nette de la joue. Cette plaie fut soigneusement débarrassée des saletés et de la terre qui la souillaient, lavée au sublimé au millième et suturée en totalité ; elle se réunit par première intention, sans qu'aucun accident survînt.

Peu de jours après, le Dr Dupraz observe un autre malade qui, rentrant chez lui pris de boisson, était tombé dans son escalier et s'était fait deux ou trois petites excoriations très superficielles à la face. Ces petites excoriations furent nettoyées néanmoins avec soin et pansées; aucune inflammation, ni suppuration ne se produisit; des croûtes sèches, noirâtres, recouvrirent les points traumatisés, et personne ne s'inquiétait plus du malade, et lui-même se considérait comme tout à fait guéri, quand éclata un tétanos généralisé, à marche violente et rapide qui, malgré plusieurs injections sous-cutanées de sérum antitétanique, et même une injection intracérébrale faite dans le service du professeur Juliard, succomba en moins de huit jours.

A propos de ces deux faits, M. le Dr Dupraz fait remarquer l'opposition qui résulte des deux cas au point de vue du tétanos.

« Voilà, dit-il, un premier malade qui a une plaie large, profonde, souillée de la terre cultivée d'un clos ; il est dans les con-

ditions les plus favorables à l'éclosion du tétanos, et cependant il en sort indemne et guérit par première intention.

« Par contre, voici un second malade qui a des excoriations ne méritant pas le nom de plaies, survenues au contact des marches d'un escalier, et, bien qu'il ait subi un lavage et des soins locaux aussi attentifs que le précédent malade, il a succombé à un tétanos violent et rapide. »

Cette contradiction, Messieurs, n'est pas rare; nous savons que le danger de l'éclosion du tétanos, chez les blessés, n'est nullement en rapport direct avec l'importance matérielle, tangible, de la plaie, et que la redoutable complication succède souvent à une petite plaie rapidement cicatrisée. Toutefois, la contradiction est plus apparente que réelle : indépendamment de la nécessité primordiale de l'introduction du bacille de Nicolaïer dans la plaie, introduction qui n'est pas constante alors même que la plaie est souillée de terre, on a toujours remarqué qu'une plaie contuse exposait bien plus à l'infection spécifique qu'une plaie tranchante si étendue qu'elle fût. Celle-ci est d'une facile désinfection ; celle-là se prête mal à un nettoyage de toutes ses parties. Ainsi envisagée, la question ne blesse pas autant la logique et explique bien les faits observés.

Autre réflexion : M. A. Dupraz fait remarquer qu'on pourra lui reprocher de n'avoir pas fait, dans ce cas, d'injection préventive de sérum antitétanique à ce blessé. S'il ne l'a pas fait, ce n'est pas par absence de conviction, car il croit à l'efficacité réelle de la sérothérapie antitétanique préventive, mais bien parce qu'il n'y avait pas plaie véritable.

S'il faut, ajoute-t-il, injecter des cas semblables, il conviendra d'avoir toujours sur soi et sérum et seringue, et inoculer à jet continu tout individu s'étant fait le plus petit traumatisme, depuis l'ouvrier qui s'écorche un peu dans son travail, jusqu'à l'enfant qui s'éraille la peau dans ses jeux.

C'est là, en effet, une déduction qui peut paraître excessive, mais à laquelle il faut forcément aboutir. Pour qui croit à l'efficacité réelle du sérum antitétanique à titre préventif, l'injection doit être faite à tout malade dont la blessure peut être suivie d'infection tétanique ; or, la clinique et l'observation nous montrent que la plus petite plaie, que l'érosion la plus minime peut être suivie de tétanos; donc, même dans ces cas insignifiants, il faut faire l'injection, sous peine de n'être pas conséquent avec ses doctrines.

C'est, en somme, la paraphrase et la mise en pratique, à l'encontre du tétanos, de cet aphorisme « que toute solution de continuité à la peau est une porte ouverte à la mort », à moins

qu'un traitement approprié, ici la sérothérapie, ne vienne conjurer cette redoutable éventualité.

La logique réclame, sans doute, un absolutisme aussi sévère : mais la biologie pathologique a des lois qui, ainsi qu'aime à le répéter mon vénéré maître M. Guyon, ne s'accordent pas toujours avec la logique.

Appendicite suppurée. — Abcès pelvien secondaire ouvert dans le rectum. — Guérison après appendicectomie à froid, par M. le Dr A. DUPRAZ (de Genève).

Rapport de M. POTHERAT.

Messieurs, M. le Dr Dupraz nous a envoyé l'observation suivante que je résume succintement : enfant de onze ans, opéré à Castres, cinq ans auparavant, d'une appendicite aiguë avec suppuration abondante. L'opération avait consisté dans l'ouverture de la fosse iliaque sans ablation de l'appendice qui, ne s'étant pas montré, n'avait pas été recherché avec trop d'insistance.

Cette intervention avait été suivie de succès; la guérison s'était faite par cicatrisation de la paroi avec petite éventration, ce qui était à peu près obligé.

Mais voici qu'au bout de cinq ans une nouvelle crise aiguë survenait avec tous les signes habituels. On institue le traitement antiphlogistique afin d'amener le refroidissement qui permettrait d'opérer plus efficacement par l'ablation de l'appendice. Mais la suppuration se produit, elle devient évidente, le pus remplit la fosse iliaque, soulève et distend la cicatrice de la première incision; une nouvelle incision s'impose; M. Dupraz la fait, évacue une grande quantité de pus, draine, mais n'enlève pas l'appendice.

Pendant que le pus se formait et s'accumulait dans la fosse iliaque, une tuméfaction avait été constatée, qui bombait dans le rectum, et avant même l'ouverture pariétale du pus s'était évacué spontanément en notable abondance par le rectum, sans faire cesser les accidents au niveau de la fosse iliaque droite et avait continué à s'écouler tous les jours, mais il avait promptement disparu après l'incision iliaque et le drainage.

La cicatrisation se fit lentement. Elle était complète depuis deux mois, quand M. Dupraz, intervenant absolument à froid, trouva l'appendice volumineux, recourbé sur lui-même en haut et en dehors, adhérant par son extrémité libre au cæcum, et par sa

partie moyenne à une anse grêle sans communiquer d'ailleurs avec la cavité de ces organes. Il l'enleva et constata que la communication avec le cæcum persistait, large, aisée, et qu'il y avait une coprolithe de 1 centimètre dans le canal de l'appendice. Les suites furent simples, l'enfant guérit et est demeuré définitivement guéri depuis, et il y a deux ans qu'il a été opéré.

Cette observation ne constitue pas un fait exceptionnel.

Elle nous montre une fois encore qu'aussi longtemps que l'appendice n'a pas été enlevé chez des malades ayant eu même un abcès appendiculaire, des récidives graves peuvent se produire et que l'appendice enlevé tout est bien fini, et la guérison assurée.

Peut-être eût-on pu dès la première intervention enlever cet appendice. Je sais bien qn'on a essayé de poser comme règle de ne pas chercher le vermiculaire quand on ouvre un abcès. Pour mon compte personnel, c'est une règle à laquelle je ne me soumets que bien rarement; quand on opère au cours d'une appendicite aiguë, qu'on a évacué une collection purulente, qu'on a bien lavé et épongé la région, j'estime qu'il est permis de rechercher et même avec quelque insistance l'appendice. Pourvu qu'elle soit faite méthodiquement, c'est-à-dire que le chirurgien ayant reconnu le cæcum, se guide sur celui-ci pour arriver à l'angle iléo-cæcal inférieur, cette recherche ne présente pas d'inconvénient, elle n'aggrave pas le pronostic opératoire, et elle peut avoir l'immense avantage de faire disparaître l'agent principal des accidents. Si cette méthode eût été suivie ici, dans la première intervention, je crois, sans l'affirmer bien entendu, qu'elle aurait permis d'enlever cet appendice qui était en bonne place pour cela, et aurait fait l'économie de tous les accidents ultérieurs.

M. Dupraz fait remarquer dans son observation, la présence de ces deux abcès, l'un iliaque, l'autre pelvien, tous deux ayant l'appendice pour point de départ et semblant indépendants l'un de l'autre, car le palper abdominal ne renvoyait pas le pus dans le foyer rectal, dont la tension n'était pas augmentée par la pression dans la fosse iliaque, et l'ouverture spontanée du foyer pelvien dans le rectum ne fit pas disparaître ni même s'affaisser le foyer iliaque. C'est là un fait qui, pour exceptionnel qu'il soit, est connu, et, chacun de nous a pu voir au cours d'une laparotomie, ces foyers pelviens recouverts d'un dôme d'adhérences épiploïques et intestinales et semblant ne pas communiquer, ou communiquant par un passage fort étroit avec le foyer iliaque. Cette séparation des deux foyers a pu même parfois faire méconnaître le foyer pelvien déjà existant et ouvert secondairement dans le rectum.

Enfin, ce fait montre que dans certains cas particuliers l'ou-

verture intrarectale des suppurations péri-appendiculaires est insuffisante à amener une guérison complète ou même relative.

Messieurs, en nous envoyant ces faits bien observés et clairement exposés, M. le Dr Dupraz s'est inspiré des discussions les plus récentes de la Société de chirurgie, qu'il suit attentivement. Ces discussions sont encore trop près de nous pour que je m'étende plus longuement. Je vous propose de remercier M. le Dr Dupraz de ses intéressantes communications, de déposer son travail dans nos archives et de vous rappeler, quand viendra la nomination des membres correspondants étrangers, que M. le Dr A. Dupraz, de Genève, nous a déjà envoyé de nombreux et intéressants mémoires.

M. Routier. — Je profite de cette occasion pour vous communiquer une observation de tétanos suivie de guérison que je viens d'obtenir. Une femme âgée de trente-neuf ans me fut envoyée de la consultation externe de l'hôpital Necker, où on lui avait enlevé une aiguille de l'éminence hypothénar de la main gauche.

Trois jours après cette petite opération, la malade revenait avec de la contracture de cette main et du trismus; c'était le 16 mai.

Dès qu'elle me fut envoyée, je fis pratiquer une injection de sérum antitétanique, et je la mis dans une chambre noire isolée.

Là, elle fut soumise au régime lacté, et à 12 grammes de chloral par jour.

Pendant plusieurs jours il fut difficile de la nourrir et de lui faire prendre sa potion.

La température monta à 38°8; après plusieurs péripéties, elle a fini par sortir guérie, mais le traitement a duré quarante jours.

Je l'ai revue hier, 26 juillet, elle est en parfait état.

Présentations de malades.

Épithelioma de la langue.

M. DEMOULIN présente un homme de quarante et un ans, atteint de syphilis il y a six ans, et qui a commencé à souffrir de la langue il y a deux ans, soit quatre ans après le début de l'infection, dûment constatée et régulièrement soignée par notre distingué collègue M. Hallopeau.

A la fin du mois de janvier dernier, le malade a vu apparaître, sur la partie latérale gauche de la portion horizontale de la langue épaissie, élargie, fissurée, une petite ulcération, qui est restée rebelle au traitement général et local. Cette ulcération a fait de rapides progrès, elle a aujourd'hui les dimensions d'une pièce d'un franc et creuse en profondeur, elle s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire et sus-hyoïdienne; l'examen histologique a montré qu'on se trouve en présence d'un épithélioma.

Il s'agit ici d'un très beau type de langue syphilitique, sur laquelle un épithélioma s'est développé avec une extrême rapidité; c'est ce qui a engagé M. Demoulin à présenter le malade à ses collègues, avant de l'opérer.

Rupture d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse. Hémorragie interne extrêmement grave.

M. H. MORESTIN. — Le mercredi 22 mai, à midi, on apporta dans mon service, à la maison Dubois, une femme de trente-cinq ans, Mme Louise Ar..., dans un état si grave qu'elle semblait devoir succomber immédiatement. Sa situation était tellement alarmante qu'on me la conduisit directement à la salle d'opérations, où j'étais en train d'achever une laparotomie. Elle était d'une pâleur cadavérique et la mort était imminente. En quelques mots, je fus mis à peu près au courant de son histoire :

Mariée à trente ans, ayant eu peu de temps après une fausse couche de deux mois, elle avait depuis le 22 janvier, date de ses dernières règles, des signes de grossesse : augmentation du volume du ventre, gonflement et pigmentation des seins, vomissements et nausées, varices des jambes.

Dans le courant de mai, elle remarque avec inquiétude l'accroissement très rapide de sa taille, excessif pour une grossesse de quatre mois. Le dimanche 19 mai, étant en tramway, elle est prise de douleurs abdominales assez vives qui persistent jusque dans la nuit; le lendemain, le ventre est encore tout endolori et sensible à la pression. Le mardi matin, aussitôt après une selle, qui a nécessité de violents efforts, elle est prise subitement d'une très vive douleur dans le bas-ventre, se trouve mal; peu après elle commence à vomir de la bile. Depuis ce moment, son état a été sans cesse en s'aggravant. Elle n'a pu reposer un instant, sans cesse tourmentée par des nausées, des vomissements verdâtres, des douleurs par tout le ventre. Sous nos yeux, elle se livre encore à de pénibles efforts nauséeux suivis de régurgitation de bile.

Une rapide exploration nous montre tout d'abord que les extrémités sont froides et le pouls radial insensible.

Le ventre est fortement distendu, peu douloureux à la pression. On sent par le palper une tumeur assez volumineuse, à gauche de la ligne médiane, remontant au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au voisinage de l'arcade crurale.

La percussion indique de la matité dans tout l'hypogastre.

Le toucher vaginal montre un utérus assez volumineux avec un col mou, paraissant mobile, et le cul-de-sac postérieur bombé.

Pas d'écoulement sanguin par le vagin.

Cet examen fait sommairement, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, ne nous livrait pas un diagnostic précis, mais la pâleur extraordinaire de cette femme indiquait clairement qu'elle succombait à une hémorragie interne, qu'elle était saignée à blanc, et l'indication très pressante était d'aller vers les organes génitaux internes chercher et tarir la source de cette inondation péritonéale, due, sans doute, à la rupture d'une trompe gravide.

Pendant qu'on lavait le ventre et qu'on administrait quelques bouffées de chloroforme, je fis, sans préjudice de piqûres d'éther et d'huile camphrée, découvrir une veine au pli du coude et commencer une injection de sérum, qui se prolongea pendant et après l'opération, et permit l'introduction rapide dans le courant circulatoire de 1.000 grammes de liquide.

La laparotomie donna issue à des flots de sang noir ou tout au moins d'un liquide hématique très foncé et comparable à du sang veineux. Il s'en écoula une quantité presque invraisemblable, et je dus renoncer à en faire l'évacuation complète pour ne pas allonger l'intervention, dans la crainte où j'étais à tout instant de voir succomber la malade. Il n'y avait aucun caillot, rien que ce liquide sanglant. L'utérus gravide remontait jusqu'à mi-chemin de

l'ombilic. La tumeur que la palpation avait révélée à gauche de la ligature médiane était un kyste de l'ovaire droit, formant une masse violette, du volume d'une tête de fœtus à terme.

Il était crevé, et c'est de la déchirure que venait l'hémorragie.

Je fis rapidement la ligature du pédicule, et refermai l'abdomen en laissant un très gros drain par lequel le liquide hématique précité continuait à s'écouler.

Je quittai l'opérée avec un bien faible espoir, prescrivant de lui injecter sous la peau du sérum en abondance, et de refaire le pansement dans la soirée, si la femme existait encore, pour aspirer le plus possible de ce qui restait encore dans le péritoine.

Le lendemain, je fus presque surpris de la trouver vivante. Comme la veille au soir, l'aspiration ramena une assez grande quantité de liquide sanglant.

Le 24, la femme fut prise de douleurs et expulsa son fœtus, gardant le placenta. Le fœtus, âgé de quatre mois au moins, et du sexe masculin, était mort et macéré, très macéré même (cavité abdominale ouverte, dénudation des côtes, des muscles, de la région lombaire et de l'épaule, des os du crâne). La mort remontait donc à plusieurs jours; elle avait dû coïncider avec le début des accidents.

Le 26, il fallut faire une délivrance artificielle. Le drain, ne donnant plus rien, fut retiré. Le soir, 38 degrés, agitation. Notre espoir de sauver cette pauvre femme épuisée par l'énorme spoliation sanguine qu'elle a subie reste insignifiant.

Le 27, on lui fait une injection intraveineuse de collargol; elle est tourmentée par des douleurs lombaires et la tension douloureuse des seins.

Le 28, elle est mieux, le pouls est plus plein, meilleur, à 120. Le facies s'anime un peu.

Le 2 juin, il fallut remettre un nouveau drain, de la sérosité louche s'écoulant par l'orifice où passait le premier, trop tôt supprimé. Cependant le ventre n'a jamais cessé d'être indolent et souple. Nous n'avons eu aucune crainte de péritonite; depuis l'opération, la malade n'a pas vomi, les fonctions intestinales s'exécutent d'une façon parfaite. La malade est très abattue le jour, agitée la nuit, et l'appétit fait défaut.

Cependant, nous avons maintenant la certitude que tout va s'arranger.

En effet, peu à peu, les jours suivants, notre opérée se ressaisit. Le drain, raccourci progressivement, est bientôt tout à fait inutile. L'état général s'améliore d'un jour à l'autre.

A la fin de juin, la cicatrisation de la plaie est complète. Notre

malade a repris bonne mine ; elle a retrouvé le sommeil et l'appétit. Elle nous quitte, bien guérie, au commencement de juillet.

L'examen du kyste rompu montre qu'il existe dans sa paroi plusieurs kystes secondaires demeurés clos. Il s'agit d'un kyste vulgaire.

Ce qui est remarquable, c'est l'énorme infiltration sanguine des parois. Çà et là sont de gros foyers hémorragiques récents. L'aspect de la tumeur est exactement celui des kystes dont le pédicule s'est tordu.

Au cours de l'opération, faite rapidement, je n'ai pas, il est vrai, constaté *de visu* cette torsion, mais le kyste rompu, vide, flottant dans le liquide péritonéal, avait pu ne pas conserver la torsion de son pédicule. D'autre part, l'extraction de la tumeur ayant été pratiquée au milieu d'un écoulement torrentiel de liquide sanglant, j'ai peut-être achevé, au cours des manœuvres, de détordre le pédicule. L'examen de la pièce ne me paraît cependant laisser aucun doute sur la réalité de cette torsion, tant sont caractéristiques cette énorme infiltration s'arrêtant au pédicule, ces hémorragies interstitielles et l'état de la trompe, toute noire et infiltrée elle aussi de sang dans toute son étendue. Je pense donc que la torsion du kyste a précédé et provoqué sa rupture. L'histoire clinique est d'accord avec cette interprétation. Les premiers accidents, survenus au cours d'une promenade en tramway, sont vraisemblablement en rapport avec l'établissement de la torsion ; l'aggravation subite des phénomènes à la suite d'efforts de défécation est imputable à la rupture.

Chacun sait que la grossesse favorise la torsion des kystes, et chacun a eu diverses occasions d'observer cet accident pendant la gravidité. Mais la rupture est exceptionnelle dans ces conditions et d'ailleurs dans les torsions en général. C'est surtout l'hémorragie excessivement abondante survenue à propos de cette rupture qui donne à notre cas de l'intérêt. La malade était saignée à blanc, ayant déversé presque tout son sang dans son péritoine. Quant au diagnostic il était difficile à poser d'une manière ferme : les signes d'hémorragie interne grave, survenant chez une femme présentant depuis quatre mois une présomption de grossesse, feront toujours penser d'abord et avant tout et presque exclusivement à une rupture de grossesse tubaire. Cependant, chez notre malade, il n'y avait pas d'hémorragie vaginale, il existait une tumeur abdominale, et l'utérus était volumineux ; en dépit de ces indices, même en ayant le temps d'analyser les symptômes et d'en bien peser toute la valeur, je ne sais si l'on aurait pu arriver à affirmer la nature exacte des lésions et la source de l'hémor-

ragie. Peu importe, en somme, puisque l'indication se posait avec une absolue netteté.

Dilatation du côlon pelvien. Maladie de Hirschsprung.

M. Tuffier. — Je vous présente, afin que vous constatiez son état de parfaite santé, une malade atteinte de maladie de Hirschprung à qui j'ai exclu l'anse malade et dont je vous ferai l'histoire complète dans une prochaine communication.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion de voir un cas analogue, mais la maladie intéressait le côlon transverse. J'ai fait, dans un premier temps, un anus cæcal. Puis dans un second temps, une colopexie du côlon transverse, énormément dilaté et à paroi épaisse, le long de la paroi abdominale, de façon à le relever. Il descendait jusque dans le petit bassin et remplissait à lui seul la plus grande partie de l'abdomen.

Le malade a parfaitement guéri. Il conserve encore sa fistule intestinale, qui ne le gêne en rien.

Malgré mes instances pour la lui fermer, il me demande de la laisser ouverte, parce qu'il a encore quelquefois des ballonnements qui se terminent par l'évacuation des gaz par le petit orifice.

Il y a six ans que l'opération a été faite.

Rétrécissement de l'œsophagage.

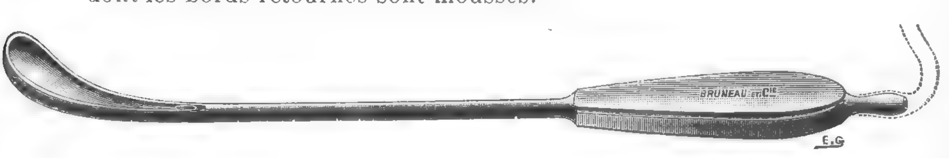
M. Guisez présente un malade opéré et guéri sous œsophagoscopie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophague ayant nécessité la gastrostomie deux ans auparavant.

(Renvoyé à une commission dont M. Jalaquier est nommé rapporteur).

Présentation d'instrument.

Curette pour curettage dans les cas de rétention placentaire.

Paul Reynier. — Je viens vous présenter une curette utérine, qui a été faite sur mes indications par M. Bruneau, pour cureter dans les cas de rétention placentaire. Vous savez combien on a toujours à craindre dans ces cas, où l'utérus est mou, très dilatable, fuyant sous la curette et à tissu très friable, la perforation. Or, cette curette, dont le manche est creux, permettant de faire l'irrigation, pendant qu'elle détache les débris placentaires, est, comme vous le voyez, en forme de cuillère allongée, assez large, dont les bords retournés sont mousses.



Avec cette curette, vous pouvez suivre les parois utérines, passant entre celles-ci et le placenta, et vous arrivez ainsi à le détacher en le déchirant le moins possible.

Présentations de pièces.

Statistique d'hystérectomies pour cancer.

M. Jayle présente une statistique d'hystérectomies pour cancer. — M. J.-L. Faure, rapporteur.

Luxation du semi-lunaire.

M. Robert Picqué. — Luxation du semi-lunaire. — M. Delbet, rapporteur.

Torsion herniaire et abdominale du grand épiploon.

M. H. Morestin. — Les accidents dus à la torsion du grand épiploon ne sont pas absolument rares. Depuis quelques années les faits s'accumulent rapidement et de nombreuses publications sont consacrées à l'étude de cette question.

Eclairé par la lecture des mémoires de Heitz et Bender (*Rev Gynéc.*, 1901), de Giraudeau (*Th.*, 1903), de Roche (*Th.*, 1905), de Lejars (*Sem. Méd.*, 1907), par les présentations qui ont été faites à diverses reprises à la Société anatomique, et enfin par la récente discussion de la Société de Chirurgie à propos d'un rapport de M. Bazy, je n'ai pas eu de peine, dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer pendant ces dernières semaines, à faire immédiatement le diagnostic exact. L'intervention aussitôt pratiquée m'a permis de guérir promptement la malade. L'épiploon était tordu dans sa totalité pour ainsi dire, et cette torsion est très curieuse en raison de son extrême complexité. Le fait me paraît donc assez intéressant tant au point de vue de la clinique que de l'anatomie pathologique de ces lésions. Voici l'histoire de mon opérée :

Blanche G..., âgée de quarante et un ans, buraliste, m'est adressée le 21 mai 1907 à la Maison Dubois, avec le diagnostic de hernie étranglée. Depuis près de vingt ans elle portait une hernie inguinale gauche, parfaitement et spontanément réductible, qui la gênait très peu et pour laquelle elle n'avait jamais porté bandage.

Le vendredi 17 mai, Blanche G., que la constipation habituelle oblige à l'usage fréquent des purgatifs, prend une forte dose d'eau de Rubinat. Après plusieurs garde-robes se succédant à court intervalle, elle émet par l'anus du sang pur. Cette hémorragie aurait été assez abondante, la malade l'évalue à un demi-litre, mais il est à supposer qu'elle exagère beaucoup. Epuisée par la perte de sang et plus encore par les évacuations alvines trop fréquemment répétées et accompagnées de coliques, elle reçoit d'urgence les soins d'un médecin, qui lui administre une potion laudanisée et couvre le ventre de cataplasmes.

Dans la journée elle constate elle-même que sa hernie est plus volumineuse qu'à l'ordinaire, qu'elle est douloureuse au toucher et enfin qu'elle ne rentre plus. Comme il n'y a ni vomissements, ni nausées, ni fièvre, on attend. Les douleurs abdominales s'atténuent, sans cesser néanmoins. Pendant deux jours, l'état reste stationnaire. Un autre médecin est alors consulté. Il remplace les cataplasmes par une vessie de glace, et, comme la malade n a pas eu de

selle depuis l'avant-veille, il prescrit un purgatif, qui provoque plusieurs selles diarrhéiques. Il n'en résulte aucun soulagement. Le ventre est au contraire tendu et douloureux, la tumeur herniaire augmente et devient le siège de vives souffrances.

Le 21, quatre jours après le début des accidents, la malade est transportée dans mon service. Il n'y a pas eu de vomissements et jamais les gaz n'ont été supprimés. Le pouls est bon, régulier, et la température est 37°5. Le ventre est légèrement météorisé et tous les mouvements réveillent des souffrances.

L'attention est tout de suite attirée par une saillie anormale occupant la région inguinale gauche, la partie correspondante de mont de Vénus et la grande lèvre et qui offre l'aspect habituel des hernies inguinales irréductibles.

La tumeur est du volume du poing. Sa consistance est très ferme, cartonneuse, sans bosselures. Elle est un peu douloureuse à la pression, mais peu. Elle est mate à la percussion. L'exploration montre, en outre, qu'elle est absolument irréductible. Ces constatations, rapprochées de l'absence de vomissements et de la persistance des gaz et même des selles, nous font admettre qu'il s'agit d'une épiplocèle devenue irréductible.

Ce point acquis, je découvre, en pratiquant la palpation de l'abdomen, — palpation facile malgré le léger météorisme, — une autre masse située à gauche de la ligne médiane, entre l'arcade crurale et l'ombilic, plus grosse que les deux poings, irrégulière et mal limitée, à surface inégale, bosselée, de consistance très ferme, et, contrairement à la tumeur inguinale, très douloureuse à la moindre pression. Elle paraît être au contact de la paroi abdominale, tant la main en apprécie avec netteté certains détails. Elle n'est pas mobile ; elle forme une sorte de gâteau, de plastron.

Il n'est pas possible d'établir sa continuité avec la tumeur herniaire, bien qu'elle descende jusqu'à l'arcade crurale.

Le toucher vaginal est négatif; le petit bassin ne contient rien d'anormal, l'utérus et les annexes n'offrent aucune particularité digne d'être notée et la tumeur abdominale semble n'avoir aucune connexion avec l'appareil génital.

Le siège, la consistance de la tumeur, les circonstances où elle est apparue me font penser à une épiploïte par torsion herniaire et abdominale. Ce diagnostic était posé d'une façon formelle, la malade fut opérée séance tenante, une demi-heure après son entrée.

J'incise d'abord sur la tumeur herniaire. L'incision sera plus tard prolongée sur la paroi abdominale et atteindra 18 centimètres.

Après avoir traversé une très épaisse couche de tissu adipeux, je découvre, environné de tissu conjonctif œdémateux, le sac her-

niaire extrêmement épais et transformé en une coque cartonneuse, rigide. A l'ouverture il s'en écoule un peu de liquide jaune, louche. Il est rempli par de l'épiploon épaissi, rougeâtre, induré, roulé en boule et uni à la face interne du sac par des adhérences glutineuses. Attiré à l'extérieur, ce paquet d'épiploon se laisse déplisser quelque peu, et d'une sorte de cavité formée par l'organe enroulé sur lui-même s'écoule en assez grande quantité du liquide louche, analogue à celui que nous avons vu précédemment s'échapper du sac. Au niveau du trajet inguinal l'épiploon est fortement serré par le collet du sac, étroitement appliqué aux bords de l'orifice inguinal externe. Je fends l'aponévrose du grand oblique, pour ouvrir le trajet inguinal, et constate qu'à ce niveau la paroi abdominale est dans toute son épaisseur le siège d'un œdème assez accusé.

L'incision est prolongée vers l'abdomen, un peu en dehors du muscle droit. J'ai dû donner 18 centimètres à l'incision cutanée; l'adipose sous-cutanée était considérable, mais l'incision musculo-aponévrotique remonta seulement à quatre travers de doigts au-dessus de l'arcade de Fallope.

L'ouverture du péritoine, au-dessus du trajet inguinal, donna issue à un liquide rosé, sanguinolent, tout différent de celui que contenait le sac. Il s'en écoula 50 ou 60 grammes. Je reconnus immédiatement derrière la paroi la grosse masse bosselée et pâteuse que j'avais sentie à la palpation. C'était bien l'épiploon se continuant en bas avec le contenu du sac herniaire, l'épiploon très modifié, tassé, agglutiné, ecchymotique, induré, formant une tumeur véritable, adhérente à la paroi, à la fosse iliaque interne, franchissant en dedans le rebord pelvien pour pénétrer quelque peu dans le bassin. Cette masse fut isolée, libérée avec douceur, finalement attirée sans grande difficulté hors de la plaie. Elle était supportée par un pédicule relativement étroit, au-dessus duquel persistait une courte portion d'épiploon sain.

Deux travers de doigt à peine séparaient la partie étranglée du côlon transverse. J'emportai la tumeur en plaçant sur l'épiploon sain, presque au ras du côlon, une série de ligatures embrassant chacune un petit paquet de tissus.

Le côlon réduit, je disséquai et réséquai le sac, ligaturai à part le ligament rond auquel adhérait ce sac, fermai le péritoine par une série de sutures et reconstituai les divers plans de la paroi. Je laissai un petit drain dans le péritoine, un autre sous-cutané.

Les suites furent bonnes, à cela près qu'il se produisit au bout de quelques jours un abcès au niveau de la suture, qui m'obligea à faire sauter quelques crins de la suture superficielle et à remettre un drain, accident d'ailleurs sans importance qui retarda

de très peu la guérison parfaite et ne paraît pas avoir nui à la solidité de la paroi. A aucun instant je n'ai eu la moindre crainte au sujet de mon opérée, qui dans le délai d'un mois était complètement remise. Voilà plus d'une quinzaine qu'elle a repris sa vie habituelle et ses occupations.

La tumeur épiploïque pesait 402 grammes. Elle présentait à l'état frais un aspect polychrome extrêmement curieux, dans sa partie abdominale principalement.

Elle était le siège d'infiltrations sanguines qui, suivant leur abondance et leur répartition, lui donnaient des colorations variées où dominaient le rouge et le carmin. Certaines parties de l'épiploon simulaient des branches de corail du plus beau rouge, d'autres parties étaient mauves ou violettes avec des mouchetures plus sombres. Certaines franges tout à fait noires étaient comparables à des olives bien mûres. Le contraste entre la bande d'épiploon saine et la masse sous-jacente est encore très frappant, malgré la longue macération de la pièce.

Il n'est pas douteux que toutes ces lésions sont dues à l'obstacle de la circulation en retour, et que cet obstacle a été réalisé par le mécanisme de la torsion. Il n'en est pas moins vrai que la pièce est assez difficile à déchiffrer. A l'union des parties abdominale et herniaire nous trouvons une partie rétrécie, au niveau de laquelle existait une torsion très serrée, l'organe décrivant là deux tours de spire. D'autre part, à la partie toute supérieure, autour du pédicule, l'épiploon est enroulé sur lui-même et l'on distingue jusqu'à trois tours.

Il en résulte la formation d'une grosse masse cylindrique, aussi large que haute. Entre elle et la masse inférieure herniaire, nous en trouvons une autre, la plus volumineuse des trois, qui est indéchiffrable, car il y a là un véritable enchevêtrement de franges et de languettes épiploïques, donnant dans son désordre l'impression d'un écheveau de fil emmêlé. Il est d'autant plus difficile de s'y reconnaître qu'un travail plastique a commencé, que des agglutinations unissent les unes aux autres les surfaces en contact. Il s'agit donc d'un cas complexe et atypique. Il semble bien cependant que l'on puisse attribuer à cette bizarre tumeur un axe représenté par deux rubans épiploïques contenant de très gros vaisseaux et que l'on retrouve dans toute sa hauteur, depuis le pédicule jusque dans la masse herniaire. C'est autour de ces parties que tout le reste de l'épiploon s'est enroulé.

Contrairement à ce qui a été noté dans beaucoup d'observations, il n'y avait aucune adhérence ancienne de l'épiploon au sac, ni au péritoine dans le voisinage du collet. Toutes les lésions cons-

tatées au cours de l'intervention étaient récentes et postérieures à la torsion.

Quel est au juste le mécanisme de ces torsions ? Le présent cas n'apporte à cet égard aucun éclaircissement particulier.

Bien au contraire, en raison de sa complexité, il est très difficile à interpréter.

D'une façon générale, il me semble que l'épiploon s'enroule autour d'une de ses parties devenue fixe, comme un drapeau s'enroule autour de sa hampe. Il n'est pas trop malaisé de comprendre que cet organe hypermobile, sans cesse en locomotion sous l'influence des moindres contractions de la paroi abdominale, des déplacements, des changements perpétuels de volume et de rapports de l'estomac et de l'intestin, puisse s'enrouler autour d'une de ses parties plus ou moins tendue. Chez notre malade, il faut noter que l'accident est survenu à l'occasion d'un purgatif violent ayant déterminé des contractions intestinales très fortes et des efforts répétés de défécation.

L'hémorragie dont la malade nous a parlé avec insistance et qui aurait marqué le début des accidents ne paraît pas devoir être attribuée en quoi que ce soit à la torsion épiplocèle. Entre le côlon et la partie étranglée, persistait une bande assez large d'épiploon sain, et la torsion, on peut l'affirmer, n'a en rien intéressé l'intestin, ni troublé sa circulation. La perte de sang doit être due à la rupture de quelque hémorroïde.

Nous avons pu nous assurer, en effet, que la malade est hémorroïdaire, bien qu'elle n'en ait jamais souffert et que cette hémorragie soit la première.

Le diagnostic a été porté sans hésitation chez cette femme qui présentait des signes permettant de soupçonner l'origine épiploïque des accidents, et notamment une épiploïte irréductible. Je pense que ce diagnostic doit être en général facile quand il existe une hernie, ce qui est habituel, et souvent possible quand il n'y en a point, car les caractères de la tumeur abdominale épiploïque sont assez spéciaux. Cette grosse masse ferme, pâteuse, immédiatement collée à la paroi, développée si rapidement, sans grande réaction péritonéale, sans signes d'infection du moins au début, présente une physionomie à part, qui orientera vers le bon diagnostic le chirurgien informé de la fréquence relative d'une telle lésion.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1907

Présidence de M. Nélaton.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une collection du *Nord médical*, adressée par M. Vanverts, et s'étendant de 1894 à 1907 (sauf les numéros épuisés).

A propos de la correspondance.

M. Bazy dépose sur le bureau une observation envoyée par le Dr Foisy, fils (de Châteaudun) : *Sténose pylorique par tumeur inflammatoire du pylore et sténose médio-gastrique consécutive à un ulcère de l'estomac (estomac biloculaire). Gastro-entérostomie postérieure sur la poche cardiaque. Guérison.*

Dislocation du carpe droit, par Louis Bazy, interne des hôpitaux. M. Delbet, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement de l'ostéomyélite.

M. Henri Toussaint, *membre correspondant.* — A l'appui de la communication si hautement suggestive de M. Pierre Delbet sur le traitement de l'ostéomyélite et des abcès sous-périostiques, il est peut-être de quelque intérêt de verser au débat la photographie ci-jointe d'un rescapé, puisque l'ostéomyélite bipolaire du fémur donne une mortalité supérieure à 70 p. 100.

Il s'agit d'un jeune artilleur, qui était entré à l'hôpital militaire de Vincennes dans un service de fiévreux pour synovite rhumatismale du genou gauche. Au bout d'une huitaine de jours, alors que le salicylate de soude, au lieu d'améliorer la situation, l'avait laissée s'aggraver, ce jeune homme fut évacué dans la division des blessés, où M. Chevassu, médecin chef, pratiqua l'arthrotomie.

A mon retour je trouvai le soldat L... dans un état de cachexie profonde symptomatique de panostéomyélite du fémur. Malgré des débridements du périoste non suivis, il est vrai, de trépanation médullaire, l'affection empira, se compliquant de périostite suppurée de l'extrémité inférieure du tibia droit et du cubitus gauche. Ces deux localisations infectieuses furent débridées et drainées; l'os sous-jacent paraissant sain, ne sonnant pas sec, je le respectai. Disons de suite que ces plaies se cicatrisèrent régulièrement sans occasionner la moindre gêne fonctionnelle ultérieure.

A cette époque, le 25 août 1905, M. Pierre Delbet, voyant ce malade presque moribond dans mon service, pensait, et même n'hésitait pas à me dire, qu'il ne restait plus d'autre ressource pour sauver une existence si compromise que la désarticulation de la hanche. Mais, craignant de le voir succomber sous le choc immédiat, je limitai le sacrifice, et fis, en présence de ce maître, l'amputation de la cuisse sous-trochantérienne.

Non seulement, à la curette, j'évidai la moelle malade, ne laissant qu'une coque osseuse très épaissie et friable, mais le long de celle-ci je dus vider des collections formant fusées d'infiltration.

Naturellement bien lente fut la convalescence; elle se compliqua même d'abcès prostatique et de cystite suppurée, sans compter les escarres de décubitus, mais enfin mon opéré marche aujourd'hui gaillardement; son bout de moignon bien capitonné, malgré un orifice fistuleux qui a duré trois mois et s'est fermé sous l'attou-

chement de teinture d'iode et les injections d'eau oxygénée, pousse activement en avant, en arrière et en dehors le cuissard de son appareil prothétique. Son regret le plus vif est d'avoir dû troquer son fusil de chasse contre la navette du tulliste.

Mon voisinage de l'hôpital Trousseau me permettait alors de suivre la clinique de M. le professeur Kirmisson, et, m'inspirant de son admirable ehseignement, d'en faire profiter nos soldats, dont nombre d'affections chirurgicales, l'ostéomyélite spécialement, portent encore la signature des maladies, sinon de l'enfance, du moins de l'âge adulte. Or, souvent j'avais vu le savant maître, en présence d'une ostéomyélite, rejetant la trépanation préventive, s'en tenir aux larges débridements du périoste partout où il était décollé, puis à un large drainage du foyer.

Aussi, sans hésitation, ni autre préoccupation, ai-je tenu cette conduite vis-à-vis du tibia et du cubitus de mon artilleur, n'ayant pas un instant songé à aller plus avant. Je me gardais ainsi de courir le risque de porter dans la moelle, qui pouvait être et était saine, l'infection étalée et infiltrée lors de la traversée du périoste épaissi et du pus sous-jacent. J'aime à croire que ce simple débridement et drainage évitant à L... de faire les frais d'une ostéomyélite du tibia et du cubitus a réellement contribué à lui sauver l'existence.

Procédé rapide d'ouverture du thorax en cas d'hémorragie pulmonaire grave.

M. Moty. — Le remarquable rapport de M. Delorme à la séance du 5 juin dernier sur les observations de MM. Ombredanne et P. Duval a remis à l'ordre du jour la question des hémorragies intrathoraciques par blessure des vaisseaux pulmonaires de moyen calibre. Il résulte des communications qui ont suivi que l'expectation doit être la règle dans les hémorragies traumatiques du poumon, mais que dans les cas graves où l'existence est menacée à brève échéance il est possible, par une intervention rapide, d'aller mettre une ligature sur l'orifice pulmonaire par lequel s'échappe le sang et de sauver ainsi la vie du blessé ; l'intervention se trouve donc indiquée quand elle est évidemment la seule ressource.

Dans ces conditions on se trouve en présence d'un mourant et il s'agit avant tout d'aller vite ; c'est dans ce but que j'ai imaginé le procédé suivant que j'ai pu appliquer cinq fois sur le cadavre avec le concours de M. le médecin-major de 1re classe Guibal.

La poitrine mise à nu et le côté blessé étant rapidement aseptisé avec une solution forte de sublimé, tracer une incision commençant à trois doigts de la ligne épineuse, au niveau du 5e espace intercostal, en se repérant sur les 5e et 6e apophyses dorsales. Le bras étant relevé avec l'épaule, l'incision passe immédiatement au-dessous de l'omoplate et se dirige en bas et en avant jusqu'à la ligne mamillaire pour remonter vers le sternum à partir de ce point et s'arrêter à 5 centimètres de la ligne médiane; elle comprend la peau et les muscles superficiels; il faut beaucoup moins de temps pour l'exécuter que pour la décrire.

Cette incision met à nu le gril costal; on reconnaît alors le 5e espace et en rasant le bord supérieur de la 6e côte on ouvre la cavité pleurale en arrière d'abord, puis l'on prolonge l'ouverture en avant, mais avec précaution et de préférence avec un bistouri mousse pour ne pas blesser le diaphragme; arrivé aux cartilages, on peut en sectionner un ou deux en remontant vers le sternum si cela est nécessaire. On applique rapidement deux grands linges stériles sur les bords de la plaie pour faire une hémostase provisoire; l'aide attire fortement en haut la lèvre supérieure de la vaste ouverture, et l'on aperçoit toute la hauteur du poumon que l'on peut explorer facilement sur toute sa surface et attirer en grande partie au dehors sans craindre de le blesser contre des pointes osseuses.

Après pincement et ligature du ou des points qui saignent, asséchement de la cavité pleurale et hémostase de la paroi, suture en surjet au catgut en comprenant au besoin une ou deux côtes dans ses anses; drainage postérieur en cas d'incertitude sur l'asepsie, etc.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° Rapidité et simplicité; un bistouri, quelques pinces, des compresses et du catgut stérile suffisent à l'exécuter;

2° Traumatisme réduit; aucun vaisseau important n'est sectionné, le squelette reste intact;

3° Vue très étendue du poumon blessé, très large accès dans la cavité pleurale, grande facilité d'évacuation des liquides.

Ce procédé trouverait surtout son indication quand le poumon est complètement perforé et qu'il faut porter une ligature sur sa face postérieure; il faciliterait également la fixation du bord inférieur du poumon dans le sinus costo-diaphragmatique, si cette pratique se montrait avantageuse (Beurnier et Roubinovitch).

Communication.

De l'ophtalmo-réaction en chirurgie,

par M. BAZY.

Les recherches de M. Calmettes (1) et celles de MM. Letulle et Comby ont montré l'importance de l'ophtalmo-réaction. Ces recherches ont surtout porté sur les malades atteints de tuberculose pulmonaire et ont donné des résultats très intéressants.

Je me propose de donner ici quelques résultats fournis par mes premières recherches en chirurgie.

A chaque instant, nous sommes obligés dans les formes atténuées de la tuberculose, qui sont si fréquentes, de nous contenter de probabilités ou d'attendre le résultat d'examens biopsiques ou d'inoculations.

Si nous pouvions avoir un moyen simple, commode, rapide de faire le diagnostic, nous devrions le considérer comme précieux.

L'ophtalmo-réaction peut être ce moyen, et il serait surtout intéressant dans les affections génito-urinaires, dans ces cas, où la tuberculose urinaire est soupçonnée, mais ne peut être affirmée, où par exemple une épididymite se montre chez un blennorragien ou ancien blennorragien, où une suppuration urinaire apparaît, dont la cause n'est pas facile à trouver, où toutes les infections étant possibles, il s'agit de savoir si cette infection est ou non tuberculeuse. En tout cas, voici quelques résultats :

Tout d'abord, je dirai que je n'ai pas observé, en général, ces réactions conjonctivales étendues et intenses que l'on observe en médecine.

Néanmoins, je l'ai observée dans quatre cas : un cas de tuberculose rénale en observation dans le service et qui est du reste très améliorée, au point de vue fonctionnel un cas de coxo-tuberculose chez une jeune fille de vingt ans, non fébrile, mais très douloureuse. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse incisée et drainée depuis longtemps, avec arthrite tuberculeuse secondaire du coude. Dans un quatrième cas, il s'agissait d'une tuberculose rénale, avec pollakiurie intense.

Dans tous les autres cas, la réaction a été modérée, s'est bornée à un gonflement avec rougeur de la caroncule, quelquefois, en

(1) Je remercie M. Calmettes d'avoir bien voulu mettre, pour faciliter ces recherches, un certain nombre de tubes de tuberculine sèche à ma disposition

plus, un petit exsudat fibrineux sur la conjonctive bulbaire, au niveau du bord libre de la paupière.

Deux fois la réaction a été retardée. A peu près nulle après six heures, elle s'est montrée au bout de dix-huit ou vingt-quatre heures. Dans un cas, il s'agissait de synovites multiples de la gaine des extenseurs et fléchisseurs des doigts, synovites localisées, se montrant chez un homme ayant été guéri, par l'injection iodée, d'une synovite du genou. Après six heures, le doute était si grand qu'on pensa que l'ophtalmo-réaction était nulle, mais au bout de vingt-quatre heures elle était très nette, la caroncule était rouge, gonflée et il y avait un peu de pus à son niveau.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, atteinte de tuberculose rénale fermée; l'ophtalmo-réaction a été faite vingt-quatre heures avant l'intervention. Après vingt heures, la réaction était négative, mais au bout de vingt-quatre heures, il s'est montré un peu de rougeur et de gonflement de la caroncule, qui a persisté deux jours.

Dans un cas de fistule périnéo-fessière très étendue, avec fongosités dont l'inoculation est restée négative et qui, cliniquement, ressemblait à une fistule tuberculeuse consécutive à une tuberculose de la glande de Méry, l'ophtalmo-réaction est restée négative aussi.

J'ai dit que je n'avais observé guère que des ophtalmo-réactions atténuées.

Dans quatre cas cependant, elles ont été intenses, analogues à celles qu'on observe en médecine : rougeur diffuse, larmoiement, douleur, photophobie, nécessitant des soins pour atténuer tous ces symptômes.

Dans les autres cas, j'ai noté :

Une rougeur plus ou moins marquée de la caroncule apparaissant au bout de trois heures, s'accentuant après six heures et donnant lieu à la production d'une gouttelette de pus, du volume d'une petite tête d'épingle, concret, se déposant sur le bord libre de la paupière.

Cette gouttelette n'existe pas toujours.

Dans des cas un peu plus accentués, à cette rougeur avec gonflement de la caroncule s'ajoute un peu de rougeur de la conjonctive palpébrale et un exsudat filamenteux de fibrine, qui est déposé en travers sur la cornée et la conjonctive bulbaire, par les mouvements de la paupière inférieure.

A un degré plus avancé, on voit la conjonctive bulbaire et palpébrale injectée plus ou moins et l'œil devient tout à fait rouge et larmoyant.

Les modifications que je viens de signaler persistent de qua-

rante-huit heures à trois ou quatre jours dans les formes atténuées et plus de huit jours dans les formes tout à fait sérieuses.

J'ai fait cette ophtalmo-réaction dans 20 cas.

1° Vil..., garçon de dix-sept ans. Adénopathies sous-maxillaires chroniques.

Rougeur de la caroncule avec gonflement très léger. Les ganglions ont été extirpés et ont été malheureusement perdus.

2° R... (Jules), homme, trente-six ans. Tuberculose claviculaire, paraissant avoir évolué en deux mois sans fièvre ni douleur appréciable; abcès froid du volume d'une grosse noix.

Auscultation du poumon : un peu d'obscurité respiratoire au sommet droit (?).

Ophtalmo-réaction positive, peu intense. Rougeur de la caroncule. Persiste au troisième jour.

3° B... (Louis), dix-sept ans. Abcès froid au niveau de la malléole externe qui a été incisée il y a trois mois environ.

Rentre pour un large décollement qui nécessite un grattage. Rien aux poumons.

Ophtalmo-réaction positive, peu intense. Rougeur de la caroncule. Léger gonflement. Disparue au quatrième jour.

4° D... (Elie), vingt ans. Ostéo-arthrite tuberculeuse de la première articulation métatarso-phalangienne droite, non ouverte, orteil très gros, rouge lie de vin, mou, de même que la région articulaire.

Ophtalmo-réaction positive, peu intense. Rougeur de la caroncule. Léger gonflement. Persiste au troisième jour.

5° B... (Modeste), vingt-huit ans. Adénopathie inguinale subaiguë sans cause appréciable. Peau rouge et ramollie par place ayant évolué sans fièvre ni douleur appréciable.

Extirpation. On ouvre un petit foyer pendant l'opération.

La masse formée par plusieurs ganglions qui à la coupe se montrent contenant de nombreux grains purulents.

Auscultation. Quelques craquements fins (?) à droite.

Ophtalmo-réaction après l'extirpation positive peu intense. Rougeur de la caroncule. Persiste au quatrième jour.

6° M... (André), vingt-quatre ans. Coxalgie ancienne, fistules multiples.

Maladie datant de l'âge de quatre ans. Opéré à Tenon et guéri à l'âge de sept ans.

Réchauffement des lésions il y a un an à la suite d'une chute. Formation d'un abcès qui s'est ouvert et est resté fistuleux.

Auscultation. Respiration prolongée.

Ophtalmo-réaction. Positive. Rougeur de la caroncule. Un peu de pus, ligne fibrineuse. Persiste au quatrième jour.

7° Gal... (Joseph), quarante-sept ans. Pleurésie purulente à bacille de Koch. Incisée et restée fistuleuse depuis plus d'un.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du côté droit.

Ophtalmo-réaction positive, très intense.

Rougeur et injection de toute la conjonctive, exsudat fibrineux.

Persiste intense, au quatrième jour et disparaît après huit jours.

8° D... (Albert), vingt et un ans. Entré pour une coxalgie gauche prise pour une entorse. Un abcès froid se développe après sept mois : il est ponctionné et injecté à l'éther iodoformé. Ponction et injection répétées en mai dernier. Un abcès se reproduit. Etat général très mauvais.

Amaigrissement et pâleur très grande.

Ophtalmo-réaction positive. Rougeur de la caroncule. Une gouttelette de pus, exsudat fibrineux. Persiste au troisième jour.

9° P... (Charles), vingt ans. Ostéite bacillaire de la malléole interne gauche. Soigné à Bicêtre il y a onze ans pour ostéo-arthrite tibio-tarsienne. Avait paru guéri et avait pu marcher. Injections de chlorure de zinc circonférentielles le 7 mars.

Le 21 mars. — Abcès au niveau de la malléole interne, ponction et injection d'éther iodoformé.

Premier grattage, le 8 mai ; deuxième grattage, le 12 juin, pour un décollement perpendiculaire au premier. Réparation en bonne voie.

Ophtalmo-réaction le 13 juillet. Rougeur très intense de la caroncule, moindre de la conjonctive. Douleur, exsudat fibrineux. Persiste au troisième jour.

10° F... (Frédéric), trente-quatre ans. Venu se faire soigner il y a quatre ans pour une fistule périnéale, qui ne se guérissait pas et qui paraissait consécutive à une blennorragie.

Rétrécissement ne laissant passer que le n° 6. Dilaté.

Revient le 13 avril 1907 avec un orifice fistuleux périnéal et un décollement allant sur la fesse droite un trajet s'enfonçant profondément dans le petit bassin, un troisième allant vers le pli inguinal, ces trajets sont tapissés de fongosités.

Ces fongosités sont grattées et inoculées au cobaye. Au bout de six semaines ces inoculations sont négatives. Ophtalmo-réaction négative.

Ici l'appprence était tout à fait celle de fistules tuberculeuses, et l'évolution, la résistance au traitement et à la cicatrisation plaidaient en faveur de la nature tuberculeuse des lésions.

11° C..., femme, quarante-neuf ans. Rein droit douloureux et un peu gros. Pollakiurie nocturne. Rien au poumon.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction positive, intense. Exsudat fibrineux abondant.

12° D..., femme, quarante-neuf ans. Arthropathie suppurée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction légère, douteuse.

13° M..., femme, trente-sept ans. Rein tuberculeux droit. L'extrémité supérieure de l'uretère grosse et caséeuse, l'extrémité inférieure non sentie par le toucher vaginal. Evidemment l'uretère est atrophié et fermé dans la partie inférieure.

Ophtalmo-réaction le 16 juillet ; néphrectomie lombaire le 17. L'ophtalmo-réaction est négative après vingt heures.

Il se produit, après vingt-quatre heures, une légère rougeur de la caroncule. Il s'agit ici d'une tuberculose fermée, on peut dire, dans l'acception presque absolue du mot.

Le rein était converti en une quantité considérable de poches remplies de liquide différent d'aspect et de consistance.

14. Femme V... Pr..., vingt-neuf ans. Urines troubles à colibacille et à streptocoque. Rien à l'auscultation.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction, légère rougeur de la caroncule et de la conjonctive. Douteux.

15. Femme, vingt et un ans. Grosse salpingite bilatérale, ophtalmo-réaction négative.

16. Br..., veuve Al..., trente-cinq ans. Début d'apparence brusque il y a sept mois.

Pollakiurie nocturne et diurne intense, uretère droit senti comme crayon, urines troubles et purulentes, bacilles acido-résistants.

16 juillet. Ophtalmo-réaction très intense. Toute la conjonctive est rouge et injectée. Réaction fibrineuse. Douleurs et accidents persistent après quatre jours.

17° Femme O..., vingt ans. Coxo-tuberculose gauche sans fièvre, mais très douloureuse.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction intense. Rougeur et injection de toute la conjonctive. Réaction fibrineuse; larmoiement; douleur vive, persiste huit jours.

18° B... (Francine), trente et un ans. Tuberculose rénale. Pollakiurie diurne et nocturne intense.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction positive très intense. Rougeur et injection très vive de toute la conjonctive. Réaction fibrineuse intense; douleur; dure huit jours.

19° Femme Hem..., vingt-six ans. Tuberculose rénale gauche fébrile.

Pas de microbe, mais pas de bacille de Koch. Inoculation positive. Néphrotomie, puis néphrectomie.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction un mois après néphrectomie, positive, peu intense. Rougeur de la caroncule; persiste au 4e jour.

20° Femme Sig... — Tuberculose rénale droite. Néphrectomie, le 2 juillet.

16 juillet. — Ophtalmo-réaction positive peu intense. Rougeur de la caroncule. Disparue au 3e jour.

En résumé, nous voyons quatre fois une réaction positive intense : dans deux cas de tuberculose rénale non fébrile, mais à manifestations fonctionnelles vives, pollakiurie diurne et nocturne intense; un cas de coxo-tuberculose fermée, douloureuse, chez une jeune fille d'apparence bien portante; un 4e cas chez un homme atteint de tuberculose pleurale et articulaire.

Cette ophtalmo-réaction s'est montrée, dans tous les autres cas, légère, et aussi après des opérations ; trois fois après la néphrectomie, d'autres fois, après des grattages, excisions d'abcès ou de ganglions.

Ce qui semble indiquer qu'il existerait dans ces derniers cas,

ce que nous devons penser, et ainsi que je l'ai fait remarquer à propos des opérations sur le rein tuberculeux, d'autres foyers ignorés; en enlevant un foyer tuberculeux, il semblerait donc qu'on n'enlèverait pas toute la tuberculose.

Dans un cas où, d'après l'évolution et les signes cliniques, on eût pu, et même dû, diagnostiquer fistule tuberculeuse de la glande de Méry, du périnée et de la fesse, l'ophtalmo-réaction a été négative, comme avait été négative l'inoculation au cobaye.

Dans un cas de salpingite bilatéral volumineuse elle a été aussi négative.

Enfin, dans un cas de coxo-tuberculose avancée, chez un individu cachectique, la réaction a été à peu près nulle, ce qui a été observé par M. Letulle chez les tuberculeux pulmonaires avancés.

Rapports.

A propos des traumatismes du poignet, s'accompagnant de luxation du semi-lunaire en avant, et, de fracture du scaphoïde, par M. le Dr Rouvillois, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

J'ai déposé sur le bureau de la Société, au commencement de la séance du 3 juillet dernier, un travail de M. Rouvillois, intitulé : *A propos des traumatismes du poignet s'accompagnant de luxation du semi-lunaire en avant et de fracture du scaphoïde.*

Vous avez bien voulu, mes chers collègues, me charger d'un rapport sur cet intéressant travail, basé sur deux observations personnelles, accompagnées de radiographies très démonstratives. Il a surtout pour but de montrer la possibilité et les heureux résultats de la réduction sous anesthésie, du semi-lunaire déplacé en avant, pourvu que cette réduction soit entreprise à une période assez rapprochée du traumatisme, cause de la luxation.

M. Rouvillois s'est inspiré, pour la rédaction de son travail, des remarquables travaux de nos collègues lyonnais, parmi lesquels il convient de signaler, en première ligne, M. Destot, et de l'ana-

lyse d'un mémoire de M. Tavernier, interne des hôpitaux et aide d'anatomie de la Faculté de Lyon, mémoire présenté à l'Académie de médecine, pour le prix Godard, et dont M. Monod a rendu compte, dans la séance du 18 juin 1907, de cette assemblée. Le travail de M. Tavernier intitulé : « Déplacements traumatiques du semi-lunaire », est basé sur 114 observations, dont 22 inédites, et réunit, dit notre vénéré collègue, « toutes les luxations carpiennes, dans lesquelles un seul déplacement est constant, celui du semi-lunaire, combiné ou non, avec des fractures du scaphoïde et du radius, ou avec des luxations du pyramidal ou du scaphoïde ».

M. Rouvillois n'a en vue que la luxation du semi-lunaire en avant, accompagnée de fracture du scaphoïde; après avoir indiqué qu'il laissera de côté, toute discussion ayant trait à la luxation primitive du semi-lunaire, et, à la luxation dorsale du grand os, entraînant le déplacement secondaire du semi-lunaire, avec, le plus souvent, fracture du scaphoïde, dont le fragment supérieur suit le semi-lunaire luxé; M. Rouvillois, résume bien les signes de la lésion à laquelle il a eu affaire, et discute ensuite la thérapeutique qu'il convient de lui appliquer.

Voici, tout d'abord, les deux observations de M. Rouvillois, ou du moins, leur première partie, celle qui a trait aux symptômes observés :

J'ai eu l'occasion d'examiner à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, avec mon ami le médecin-major Lahaussois, deux jeunes soldats atteints de traumatismes du poignet, qui se sont présentés, à quelques semaines d'intervalle, avec une symptomatologie à peu près identique.

I. — Le premier de ces malades, Bach..., fait, le 9 avril 1906, une chute de cheval et tombe sur la main droite, sans qu'il puisse préciser la position de celle-ci, au moment de la chute. Il présente aussitôt, outre des contusions multiples, relativement légères, un traumatisme du poignet droit, qui est diagnostiqué entorse, et traité, pendant douze jours, par le massage.

Ce traitement ne donnant aucun résultat, ce malade nous est envoyé.

Nous constatons chez lui :

1° L'intégrité complète des os antibrachiaux qui ont conservé leurs rapports normaux;

2° Une tuméfaction osseuse de la partie antérieure du poignet;

3° Une douleur nettement localisée à la pression, dans la tabatière anatomique;

4° Quelques fourmillements dans le territoire du nerf cubital.

Les radiographies de face et de profil révélèrent alors, avec une grande netteté, une fracture du scaphoïde et une luxation du semi-lunaire en avant (ou du grand os en arrière, pour employer la terminologie de M. Delbet). Cette dernière lésion est particulièrement nette sur la radiographie de profil, où l'on voit le semi-lunaire qui a basculé et dont les deux cornes sont dirigées en avant. (Voir fig. 1 et 2).

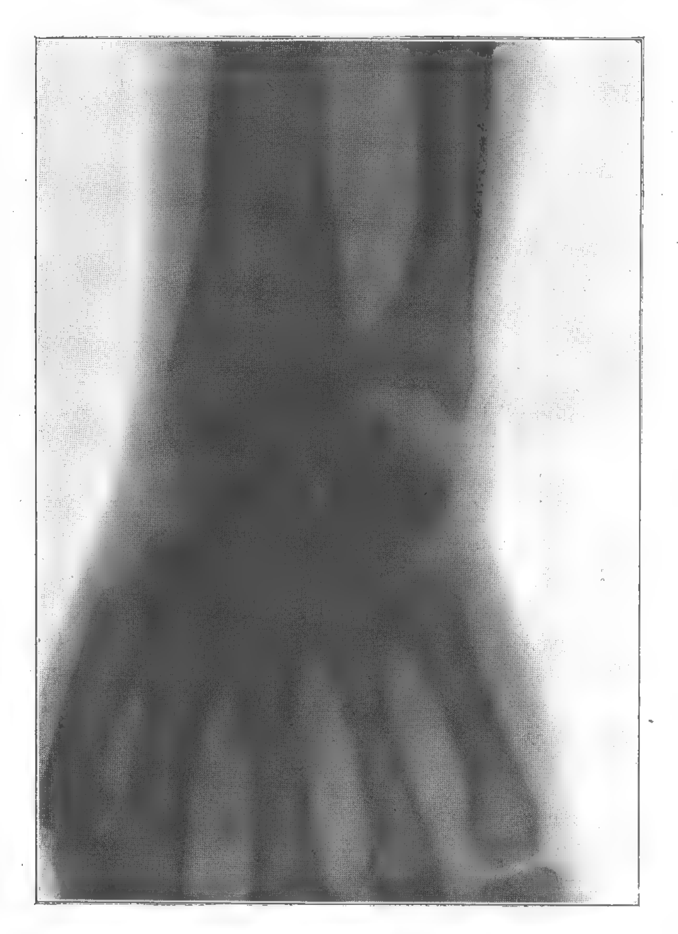


Fig. 1. — Premier malade, radiographié de face, avant réduction.

II. — L'histoire du deuxième malade, Bourg..., est calquée sur la précédente. Le 3 novembre 1906, il fait une chute de cheval et tombe sur la main gauche, dont il ne peut préciser la position au moment de la chute. Il présente, outre des contusions et écorchures multiples, une lésion du poignet gauche, diagnostiquée entorse, et, traitée, pendant sept jours, par le massage et des applications de teinture d'iode. Il est soumis à notre examen, le 10 novembre. Le poignet, dans son ensemble,

revêt un aspect globuleux, et est atteint d'une impotence fonctionnelle complète.

L'examen détaillé, nous fait constater :

1° L'intégrité des deux apophyses styloïdes;
2° Une diminution notable de la hauteur du poignet;
3° Une petite saillie, très douloureuse, dans la tabatière anatomique;



Fig. 2. — Premier malade, radiographié de profil, avant réduction.

4° Une tumeur osseuse, soulevant, en avant, les tendons fléchisseurs;
5° Le malade accuse, en outre, des fourmillements, dans le territoire innervé par le médian.

La symptomatologie présentée par ce second malade, était tellement superposable à celle que nous avions observée, quelques semaines auparavant, chez notre premier blessé, que je portai, immédiatement, le diagnostic de fracture du scaphoïde avec luxation du semi-lunaire en

avant, diagnostic que j'eus la satisfaction de voir confirmé par la radiographie.

Celle-ci, comme celle du premier malade, montre que la tête du grand os n'est plus coiffée par la cupule du semi-lunaire, et, que la corne dorsale de cet osselet est au-dessous de la tête du grand os. (Voir fig. 3 et 4).



Fig. 3. — Deuxième malade, radiographié de face, avant réduction.

Je vous prie, mes chers collègues, de bien examiner les radiographies qui accompagnent les observations de M. Rouvillois : vous verrez sur celles qui sont prises de face, que la luxation du semi-lunaire est accompagnée de fracture du scaphoïde ; vous constaterez sur l'une d'elles, prise de profil avant la réduction (fig. 4), que le fragment scaphoïdien supérieur volumineux a suivi le semi-lunaire dans son déplacement en avant, et aussi, sur la

radiographie qui a suivi la reposition du semi-lunaire, que cet os et le fragment scaphoïdien ont été parfaitement réduits (fig. 6). C'est là un point que je tenais à bien mettre en lumière, car, n'ayant point d'expérience personnelle sur la question, je me demandais si la réduction du semi-lunaire, accompagné d'un fragment scaphoïdien, serait possible, au même titre que celle du semi-lunaire déplacé seul.



Fig. 4. — Deuxième malade, radiographié de profil, avant réduction.

Les deux observations de M. Rouvillois (notre confrère me permettra cette légère critique), sont un peu écourtées, et il est regrettable qu'elles ne nous disent pas, d'une façon précise, quelles étaient la position de la main par rapport à l'avant-bras, et, l'attitude des doigts.

M. Rouvillois rappelle, dans son travail, la communication que nous a faite M. le professeur Berger, dans la séance du 19 juin

dernier, sur la symptomatologie des luxations du semi-lunaire en avant; notre éminent collègue a tout particulièrement insisté sur l'attitude des doigts; et mon ami Arrou a rappelé, dans la séance du 12 juin dernier, la position de la main par rapport à l'avant-bras, position sur laquelle, M. le professeur Segond, a attiré l'attention.

Aussi bien, l'étude des lésions traumatiques si complexes du poignet étant à l'ordre du jour, je me permettrai de reproduire, ici, la symptomatologie (si bien étudiée par nos collègues lyonnais et parisiens), en essayant de la rendre complète, du déplacement du semi-lunaire en avant, déplacement qui, dans un grand nombre de cas, s'accompagne, comme nous le savons aujourd'hui, grâce à la radiographie, de fracture du scaphoïde.

Les signes qui permettent de reconnaître la luxation du semi-lunaire en avant, accompagnée ou non de fracture du scaphoïde, peuvent être classés en trois groupes. Ceux du premier groupe sont tirés de l'examen de la région du poignet, de son squelette en particulier; ceux du deuxième groupe ont trait à l'attitude de la main et des doigts, aux troubles fonctionnels qu'ils présentent; les signes du troisième groupe sont d'origine nerveuse, et reconnaissent pour cause l'irritation (terme que j'emploie, à dessein, pour ne rien préjuger) des nerfs médian ou cubital.

A. Les signes du premier groupe sont les suivants :

1° Intégrité de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, les apophyses styloïdes sont en place, l'externe n'est pas remontée;

2° Le maximum du gonflement de la région du poignet, siège au-dessous de la ligne bi-styloïdienne;

3° Diminution de la hauteur du poignet (1);

4° Agrandissement de son diamètre antéro-postérieur;

5° « Existence d'une saillie antérieure, qui soulève les tendons des fléchisseurs des doigts, saillie arrondie qui peut être circonscrite avec les doigts, paraissant, parfois, légèrement mobile » (Berger);

6° Douleur nettement localisée à la pression dans la tabatière anatomique, et quelquefois, saillie douloureuse en ce point.

B. Voici les signes du second groupe :

1° Main clouée en demi-extension (Segond), avec les doigts demi-fléchis et presque impotents (Berger, Tricot, Arrou);

(1) Delbet a fait observer, qu'on juge bien de la diminution de cette hauteur, par la mensuration de la distance qui sépare le sommet de l'apophyse styloïde radiale de l'enterligne articulaire trapézo-metacarpien ; comparativement au côté sain, cette distance est, du côté blessé, plus courte de cinq à dix millimètres.

2° Impossibilité, pour le blessé, de fléchir les doigts d'une façon complète, par l'action de la volonté (Berger);

3° Impossibilité, pour le chirurgien et pour le blessé, de mettre les doigts en extension complète, à cause du soulèvement des tendons fléchisseurs.

C. Signes du troisième groupe (d'ordre nerveux) :

Troubles dans la sphère du nerf médian ou du nerf cubital, (non constants, mais fréquents). Tout d'abord, dans les heures qui suivent l'accident : fourmillements, anesthésie partielle, cyanose, refroidissement; et, plus tardivement, si la luxation n'a pas été réduite, troubles trophiques : peau écailleuse, atrophies musculaires, exagération de la sécrétion sudorale, etc.

— Ces différents signes ne se trouvent pas toujours au complet, et il est bien évident, que le degré d'impotence et de flexion des doigts, que la gêne de leur extension, doivent varier, avec le degré du déplacement du semi-lunaire en avant.

Dans les signes du premier groupe, c'est-à-dire dans ceux tirés de l'examen du squelette du poignet, je n'ai rien dit de l'examen du grand os, et je crains bien d'avoir encouru, à ce propos, les reproches de notre collègue Delbet, puisque, d'après lui, dans les faits qui nous occupent, « le grand os se luxe en arrière, et, monte sur le dos du semi-lunaire ». Je rappellerai seulement que, dans sa réponse au professeur Berger, séance du 19 juin 1907, il admet que, dans un premier degré, de luxation du grand os (luxation pour lui primitive, et qui se fait en arrière), le semi-lunaire n'a pas perdu ses connexions normales avec le radius, qu'il se place, simplement, dans l'attitude de la flexion, et que, dans ce premier cas, la luxation du grand os est très apparente, qu'il y a alors, un dos de fourchette manifeste (mais au-dessous de la ligne bi-styloïdienne), la tête du grand os faisant saillie en arrière. Cette première variété, qui paraît bien être une luxation primitive du grand os en arrière, ne se rapproche pas des faits que M. Rouvillois a observés.

Mais, Delbet admet que quand par suite de la luxation du grand os en arrière, le semi-lunaire a été repoussé en avant, soit qu'il présente sa face concave en avant, soit, qu'à un degré plus avancé, cette face concave regarde en haut, la tête du grand os vient occuper la place du semi-lunaire, et qu'elle ne fait plus de saillie en arrière, ce qui fait dire, à un grand nombre de chirurgiens, qu'il s'agit d'une luxation du semi-lunaire en avant.

— Nous sommes donc, aujourd'hui, en mesure, de par la clinique, de faire le diagnostic de la lésion, aussi facilement que nous posons celui de fracture de l'extrémité inférieure du radius; mais, ce diagnostic doit être confirmé par la radiographie, et je rappelle, à

ce propos, que ce sont les images radiographiques, faites de profil, qui sont surtout utiles au chirurgien.

— J'arrive maintenant à la partie la plus importante de mon rapport, c'est-à-dire, à l'étude de la conduite qu'il convient de tenir, en présence d'une luxation du semi-lunaire, accompagnée ou non de fracture du scaphoïde. C'est surtout sur la possibilité et les bons résultats de la réduction, dans les cas récents, qu'insiste M. Rouvillois. Les observations de notre collègue montrent, que la *réduction* a pu être faite sous chloroforme, « avec une grande facilité », chez le blessé dont le traumatisme remontait à sept jours; « avec difficulté », chez celui dont la luxation datait de quinze jours; M. Durand (de Lyon) a pu l'obtenir au 22e jour, et M. Destot au 25e jour; M. Tavernier, dans son mémoire à l'Académie de médecine, dit que cette réduction est possible, pendant un mois au moins, et il ajoute qu'elle est facile dans les cas récents.

Comment doit-on s'y prendre, pour opérer la réduction?

Voici ce que dit M. Destot (*Le poignet et les accidents du travail*, Vigot frères, Paris, 1905) :

« Dans les cas récents, il faut chercher à réduire, en refoulant le semi-lunaire du côté dorsal, après avoir ouvert sa loge, en tirant fortement sur la main en hyperextension. On arrive ainsi à charger, sur la tête du grand os, la concavité du semi-lunaire. L'hyperextension a pour but de tendre, aussi, le ligament antérieur du carpe qui, souvent, s'est glissé entre le grand os et le semi-lunaire. »

M. Rouvillois, dans le travail qu'il nous a présenté, s'exprime ainsi :

« Il est nécessaire d'opérer d'abord, une traction sur la main, dans l'axe du poignet (la contre-extension étant faite par un aide sur l'avant-bras), afin de mettre la corne dorsale du semi-lunaire à la hauteur de la tête du grand os. Puis, pendant que les deux pouces de l'opérateur, impriment à la main, un mouvement de bascule en arrière (hyperextension du poignet et de la main sur l'avant-bras), ayant pour effet de charger, avec la tête du grand os, la corne inférieure du semi-lunaire, les deux index refoulent le semi-lunaire, de la face palmaire vers la face dorsale. A ce moment, l'opérateur perçoit un petit claquement, lui indiquant que le semi-lunaire est rentré dans sa loge. »

La manœuvre indiquée par M. Rouvillois me paraît difficile à exécuter; dans la position qu'il indique, les deux index n'ont pas de force, et, si j'avais à intervenir, il me semble que ferais maintenir, par la main d'un aide, l'avant-bras; que je dirais à cet aide de faire l'hyperextension de la main du blessé avec son autre main, et, qu'après avoir solidement fixé mes index et mes médius,



Fig. 5. — Premier malade, radiographié de profil, après réduction (au 15e jour).

sur la face dorsale du poignet du patient, c'est avec mes pouces que j'agirais sur l'os déplacé.

Quoi qu'il en soit, les réductions faites par notre confrère, selon le mode qu'il a indiqué, ont été complètes, ainsi que le montrent les deux radiographies que je vous soumets (fig. 5 et 6).

Je me suis demandé, je l'ai dit déjà, si la réduction du semi-

lunaire pourrait avoir lieu, aussi facilement, quand il est accompagné d'un fragment scaphoïdien qui le suit, que quand il est déplacé seul; or, pour l'un des cas de M. Rouvillois, le doute n'est pas permis, car on voit sur une première radiographie, prise avant la réduction (fig. 4), le déplacement scaphoïdien, et sur la seconde image radiographique, prise après les manœuvres de réduction (fig. 6), on constate que le fragment scaphoïdien est remis en place.

Quels soins doit-on prendre après la réduction?

« Une attelle plâtrée palmaire fixe le poignet en flexion forcée, pendant quelques jours. A la levée de l'appareil, le poignet est soumis à la balnéation chaude, aux massages légers, et, au besoin, on électrise les muscles de l'avant-bras et de la main. » (Rouvillois.)

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est qu'une attelle dorsale plâtrée, un peu épaisse, me paraîtrait mieux remplir le but qu'on se propose, c'est-à-dire de maintenir la flexion forcée du poignet et de la main. C'est la pratique que j'ai vu suivre par mes maîtres, toutes les fois qu'ils ont eu besoin de mettre la main dans l'attitude que je viens de dire; je la suis, et je n'ai qu'à m'en louer.

— *Quels sont les résultats obtenus par la méthode de réduction?*

Pour le premier malade, chez lequel la réduction n'a été pratiquée, *difficilement*, que le 15e jour après le traumatisme, et dont l'accident remontait au 9 avril; à la fin du mois de décembre, soit huit mois après l'accident :

« Les mouvements de flexion et d'extension du poignet étaient encore limités, surtout l'extension. Le blessé a présenté, en outre, quelques troubles trophiques dans le domaine du nerf médian (état écailleux des téguments, aspect fusiforme des doigts et diminution notable de la puissance des tendons fléchisseurs).

Je n'ai pu en avoir de nouvelles récentes. Chez le deuxième malade, la gouttière plâtrée a été enlevée le 6e jour; le résultat a été excellent. (Nous rappelons que la réduction a été faite, dans ce cas, le 7e jour après le traumatisme.) Au sortir de l'appareil plâtré, le poignet avait repris son aspect normal; les fourmillements dans le domaine du nerf médian avaient disparu et les mouvements de l'articulation du poignet étaient déjà très étendus. Grâce au massage et à l'électrisation, l'amélioration a été très rapide, et le blessé a pu reprendre son service de cuirassier.

J'ai pu avoir des nouvelles récentes de ce malade, qui m'ont été envoyées par mon ami, le médecin-major Lahaussois. Le mouvement d'extension du poignet sur l'avant-bras est encore un peu limité, et la force musculaire légèrement diminuée. L'éminence thénar et les

muscles de l'avant-bras présentent une très légère atrophie. La sensibilité dans le territoire du nerf médian est un peu diminuée. La pression, forte, au niveau de la tabatière anatomique et du semi-lunaire, est encore légèrement douloureuse. Mais, dans son ensemble, la gêne qu'il ressent actuellement, six mois après le traumatisme, est très minime. (Rouvillois.) »



Fig. 6. — Deuxième malade radiographié de profil, après réduction (au 8e jour).

M. Rouvillois fait suivre ses deux observations des considérations suivantes :

« Les récentes communications, relatives aux traumatismes du carpe, suivis de luxation du semi-lunaire en avant, luxation le plus souvent accompagnée de fracture du scaphoïde, m'ont suggéré quelques réflexions sur le traitement de cette affection, qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

« Il semble résulter de ces communications, faites à la Société de chirurgie, que le traitement de choix est l'ablation du semi-lunaire luxé et du fragment de scaphoïde fracturé qui lui reste adhérent.

« Or, il est évident que dans les cas anciens, l'intervention chirurgicale est la seule règle de conduite raisonnable. Je dirai même, qu'elle aurait peut-être été préférable à la réduction, chez notre premier malade dont la lésion datait de quinze jours. Mais, si l'intervention chirurgicale est indiquée dans les cas anciens, je crois que, dans les cas récents, et *a fortiori* lorsque le diagnostic sera fait séance tenante, la réduction est le traitement de choix. C'est la conduite que j'ai tenue pour mon second malade, dont la lésion remontait cependant à sept jours, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Pour lui, en effet, le résultat obtenu est au moins égal, sinon supérieur à celui qu'aurait pu donner l'intervention chirurgicale la plus heureuse et la mieux conduite. Je crois même qu'il eût été parfait si nous avions pu faire cette réduction le jour même de l'accident. Je pense donc que si le diagnostic de cette affection était fait d'une façon plus précoce, la réduction pourrait être pratiquée plus souvent, et l'intervention sanglante deviendrait plus rare. Celle-ci, resterait naturellement indiquée, dans les cas où la radiographie aurait montré que le semi-lunaire a basculé en totalité, et présente ses deux cornes, non plus en avant, mais en haut, lésion sur laquelle M. Delbet a insisté récemment. Dans ces cas en effet, les manœuvres de réduction nécessitent un effort trop considérable et risquent d'augmenter les lésions, et particulièrement les lésions nerveuses, en écrasant le nerf médian ou le nerf cubital sur le semi-lunaire qui jouerait le rôle de billot. » (Rouvillois).

J'adopte les conclusions de M. Rouvillois, tout en faisant quelques réserves sur l'abandon de tout essai de réduction, dans le degré le plus avancé du déplacement du semi-lunaire en avant, c'est-à-dire, dans le cas où sa face concave, (face articulaire avec le grand os), regarde directement en haut.

— En résumé, je conclurai avec M. Rouvillois, que dans les traumatismes du poignet, suivis de luxation du semi-lunaire en avant, il y a place à côté de l'intervention sanglante, pour une thérapeutique plus simple : *la réduction* ; et que celle-ci peut être faite, même dans les cas où un fragment scaphoïdien volumineux, accompagne le déplacement du semi-lunaire.

Il semble que cette réduction doive être, en général, facilement obtenue immédiatement après l'accident. Elle a été faite, aisément, sept jours après le traumatisme (Rouvillois); au quin-

zième jour après la luxation, mais avec difficulté (Rouvillois); elle a été possible au bout de 22 jours (Durand), de 25 jours (Destot). M. Tavernier donne comme limite à cette réduction, un mois.

Comme M. Rouvillois, je dirai que je ne conteste pas les indications de l'intervention sanglante, dans la lésion du poignet, dite luxation du semi-lunaire en avant avec ou sans fracture du scaphoïde, mais, que ces indications me paraissent devoir être tirées, seulement, de l'irréductibilité de la lésion, soit primitive, soit parce qu'elle est trop ancienne. Je crois même qu'il y a lieu, dans certains cas anciens, de faire les larges interventions préconisées par Vallas, soit la résection des os du carpe, puisque, d'après les constatations de Destot, ces os présentent souvent de notables altérations, « des troubles ostéo-trophiques spéciaux, véritable ostéomalacie localisée. »

Mais, je pense, que dans les cas récents, dans ceux qui, comme il faut l'espérer, seront aussitôt diagnostiqués qu'ils se seront montrés, et cela, grâce aux signes cliniques qui ont été étudiés dans ces dernières années et à la radiographie, il y a lieu de ne point prendre le bistouri immédiatement, et de tenter d'abord la réduction.

Dans les cas où elle a pu être obtenue, les fonctions du poignet et de la main se sont rétablies, d'autant plus vite, que la reposition de l'os a été faite à une date plus rapprochée de l'accident.

Je vous propose, mes chers collègues, d'adresser nos remerciements à M. Rouvillois, de publier dans les Bulletins les observations de notre confrère, avec les radiographies, très démonstratives, qui les accompagnent, et de ne pas oublier le nom de M. Rouvillois, quand nous aurons à nous adjoindre des membres correspondants.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux dire que quelques mots, car je vous ai bien souvent parlé de ces traumatismes du carpe et j'ai encore à vous faire trois rapports sur ce sujet.

Mon ami Demoulin a bien voulu rappeler la succession des lésions telle que je l'ai déduite de mes expériences et de l'étude des observations. Je l'en remercie. Il a ajouté que dans les observations il n'est jamais question du grand os. Et, en effet, le grand os n'est pour ainsi dire jamais nommé.

Cependant, alors même qu'il n'est pas fait mention du grand os, on peut savoir sa position, pour peu que l'observation soit à peu près complète.

Il y a un symptôme qui est presque toujours noté, c'est le raccourcissement du carpe. Lorsqu'on mesure de l'apophyse sty-

loïde radiale au premier métacarpien, on constate que le carpe est raccourci de 5 millimètres à 1 centimètre. Or, je demande à quoi peut être dû ce raccourcissement du carpe, si ce n'est à l'ascension du grand os; et comme il n'est pas en avant du semi-lunaire, il en découle forcément qu'il est remonté en arrière. Cela suffit à prouver la réalité de la théorie que j'ai exposée ici, la luxation dorsale primitive du grand os.

Un mot sur le traitement. Les manœuvres de réduction sont absolument superposables à celles que M. Farabeuf nous a appris à faire pour la luxation du pouce.

Quelles sont les indications de la réduction ? Demoulin croit trouver une contre-indication dans la fracture du scaphoïde. Et il s'est même demandé si dans les cas de M. Rouvillois, le scaphoïde était bien fracturé. Les belles radiographies qu'il nous a fait passer ne laissent aucun doute sur ce point: le scaphoïde est bien fracturé dans les deux cas.

Je ne crois pas que cette fracture ait une grande importance. Comme c'est toujours une fracture en rave, sans la moindre trace d'écrasement, elle n'oppose aucun obstacle sérieux à la réduction.

Les contre-indications me paraissent devoir être tirées, plutôt, de la position du semi-lunaire.

Dans le cas II de M. Rouvillois, le semi-lunaire est à peine déplacé; ses rapports avec le radius ne diffèrent guère de ceux qu'il affecte dans la flexion forcée de la main : c'est un type presque pur de luxation dorsale du grand os. Si le résultat a été excellent, il faut l'attribuer tout autant, je crois, au faible degré du déplacement qu'à la précocité de la réduction.

Quand on lit les observations lyonnaises, en détail, on voit que souvent la radiographie a montré qu'une réduction que l'on croyait parfaite était en réalité incomplète. Et quand on compare les résultats de la réduction à ceux de l'ablation du semi-lunaire avec le fragment scaphoïdien, on est bien embarrassé pour dire quels sont les meilleurs.

Aussi, en dehors des cas du premier degré, comme le cas II de M. Rouvillois, où la réduction est incontestablement indiquée, facile et efficace, je me demande si la résection d'emblée (la résection du semi-lunaire et du fragment scaphoïdien) n'est pas préférable à des manœuvres de réduction violentes et répétées.

Deux cas d'intervention immédiate pour des traumatismes craniens,
par M. Robert Picqué, médecin-major,
professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, mon neveu, Robert Picqué, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vous a récemment présenté deux malades chez lesquels il a pratiqué avec succès une intervention pour traumatisme récent du crâne. Vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

Voici d'abord le résumé des observations :

Obs. I. — J..., vingt et un ans, cavalier de 2e classe au 1er cuirassiers, fait une chute sur le verglas dans la cour du quartier.

Relevé sans connaissance, il est dirigé aussitôt sur le Val-de-Grâce.

A l'entrée, on constate, au niveau de la région temporo-pariétale droite, une tuméfaction peu accusée, au centre de laquelle la peau présente une très légère éraflure superficielle.

Le blessé semble dans le coma, il est cependant possible d'obtenir de lui quelques mouvements volontaires, et de se rendre compte qu'il ne présente aucun symptôme de localisation.

L'existence de l'hématome pariétal pouvant dissimuler un enfoncement sous-jacent, M. R. Picqué, suivant la pratique de l'hôpital Bichat, décide aussitôt l'intervention. Chloroformisation. Volet cutané, à base inférieure circonscrivant la tuméfaction.

Evacuation de l'hématome sous-cutané. Incision de l'aponévrose temporale et diminution des insertions supérieures du muscle. La paroi cranienne apparaît saine. Suture, sauf mèche hémostatique.

Le lendemain, le blessé est encore dans le coma ; nous craignons d'avoir peut-être passé à côté d'une indication de trépanation.

Néanmoins, aucun symptôme de localisation n'est apparu.

Et en effet, deux jours après, la conscience revient chez le malade, et, au bout de deux ou trois jours, il est complètement sorti de cette période de commotion. La cicatrisation de la plaie se fait par première intention.

Obs. II. — Braquet, vingt et un ans, cavalier de 2e classe au 1er cuirassiers, garde d'écurie, glisse, et, tombant contre un bas-flanc, provoque une ruade qui l'atteint dans la région temporale droite.

Il ne perd pas connaissance, se relève et va de lui-même demander des soins.

A l'infirmerie, il présente un vomissement de sang assez abondant ; pas d'épistaxis, ni d'otorragie.

Il arrive ainsi à l'hôpital, où nous constatons l'existence d'un hématome dans la région temporale, exactement au-dessus du conduit.

Une très légère éraflure cutanée, et une déchirure assez profonde du bord libre du pavillon, au voisinage de son insertion supérieure.

L'hématome se montre en haut circonscrit par un bourrelet semicirculaire saillant; cependant nous n'osons point affirmer l'existence d'un enfoncement osseux, en raison de ce signe, si souvent trompeur, et c'est de parti pris que nous intervenons, en l'absence de tout symptôme, dans un but évacuateur vis-à-vis de l'hématome, explorateur vis-à-vis de la paroi du crâne.

Opération. — Volet cutané *idem.*

Dès le sang évacué, le doigt constate l'enfoncement, et, les fibres du temporal réclinées, l'œil découvre une longue fissure hémi-circulaire dans la concavité inférieure de laquelle l'écaille du temporal a été projetée, comme en masse, vers la cavité cranienne.

Nous nous mettons en devoir de la relever.

Mais une fissure horizontale, sus-jacente au conduit, et réunissant diamétralement les extrémités de la fissure arciforme, nous montre que ce relèvement devra être en réalité une ablation.

Or, le dégagement du pourtour de l'embarrure va se trouver singulièrement facilité par l'existence d'une deuxième fissure arciforme susjacente à la précédente, et qui a comme découpé un croissant osseux, non enfoncé, lui, mais prêt à se laisser extraire pour faciliter le relèvement du segment enfoncé.

Ces deux portions enlevées, la presque totalité de l'écaille se trouve disparue.

La dure-mère sous-jacente est intacte, mais d'aspect un peu foncé, battant peu; nous voulons nous assurer de ce qu'elle peut cacher de lésions profondes ; incision de 1 centimètre en avant, *idem* en arrière ; ni épanchement sanguin, ni attrition cérébrale.

Nous laissons la brèche dure-mérienne, suturons le volet cutané, sauf à ses angles antérieur et postérieur.

Le blessé ne présenta pas plus de symptômes post-opératoires que pré-opératoires, et la cicatrisation se fit rapidement.

Voilà donc deux malades qui ne présentent comme signes physiques qu'un hématome de la région pariétale, or, il n'est pas possible de reconnaître chez eux aucun signe de fracture du crâne.

Chez l'un existent des symptômes cérébraux diffus (syndrome de la commotion cérébrale). L'intervention ne démontre aucune lésion de l'enveloppe osseuse.

Chez l'autre il n'existe aucun symptôme fonctionnel diffus ou localisé. L'intervention révèle au contraire des lésions graves de la boîte cranienne. Les deux malades ont guéri et vous avez pu constater le résultat obtenu.

La pratique qu'a suivie dans les deux cas M. Robert Picqué est celle que j'ai adoptée depuis plusieurs années dans mon service à

l'hôpital Bichat, et je ne puis que reprocher à l'auteur d'avoir négligé de recourir à la ponction lombaire, si utile cependant dans ces cas.

Vous me permettrez de justifier devant vous cette pratique de l'intervention immédiate.

Soit un traumatisme récent du crâne (je laisse de côté les plaies par armes à feu qui doivent être étudiées à part).

Les indications de l'intervention sont établies d'après les lésions locales et les troubles fonctionnels.

Sans refaire devant vous un historique aujourd'hui sans intérêt, on peut dire que c'est l'enfoncement qui constitue actuellement l'indication la mieux établie, qu'il y ait ou non plaie du tégument. On doit naturellement recourir à l'intervention quand cet enfoncement s'accompagne de troubles fonctionnels localisés. Elle est alors *curative*.

Quand celui-ci a porté sur une zone latente et qu'il n'existe aucun trouble fonctionnel, l'opération est encore indiquée pour éviter les lésions de sclérose qui peuvent en être la conséquence. L'intervention devient alors *prophylactique*, et je tiens à rappeler que c'est M. Championnière qui a le plus contribué à faire accepter cette dernière indication.

A côté de cette indication fondamentale qui a donné lieu à de vives controverses mais qu'on ne discute plus à notre époque, il en est une autre qu'a bien mise en relief en 1888 notre collègue Quénu en s'appuyant sur les travaux d'Albert (de Vienne), Bergmann (de Berlin) et Sydel (de Munich). Il l'a exprimée dans cette proposition que je vous demande la permission de reproduire intégralement : « Je crois, dit-il, que le danger dans les fractures du crâne avec plaie ne réside pas dans le simple enfoncement, mais dans la fissure elle-même qui suffit à infecter les parties sous-jacentes à l'os. »

A côté des accidents d'infection aiguë déjà signalés par Lannelongue, notre distingué collègue nous a apporté des cas intéressants d'infection chronique caractérisés par des foyers de suppuration chronique sous-durale ou intracranienne.

Combattant dès cette époque les conclusions que Bluhm avait basées sur une statistique célèbre, il en concluait, contrairement à cet auteur, qu'il « fallait trépaner sans perdre de temps lorsqu'il y a indice d'une fracture complète des os du crâne, l'enfoncement fût-il minime, les accidents immédiats fussent-ils nuls ».

Voilà donc une nouvelle indication basée sur la notion de l'infection et qui devait avoir sur le pronostic des traumatismes récents du crâne la répercussion la plus heureuse.

Reprenant les idées de M. Quénu, j'ai toujours pensé qu'on

devait assimiler les fractures fissuraires aux fractures diaphysaires compliquées de plaie et les traiter par la large ouverture et la désinfection du foyer. Je dois à cette méthode que j'ai toujours appliquée dans mon service d'excellents résultats.

On peut donc affirmer à l'heure actuelle que l'intervention immédiate est précieuse dans la prophylaxie des infections primitives; j'essaierai de vous prouver plus loin qu'elle ne l'est pas moins dans la prophylaxie de certains accidents tardifs qui se produisent dans la sphère psychique. C'est là un point nouveau qui depuis quelques années est l'objet de mes recherches et de celles de mes élèves.

Il est maintenant des cas dans la pratique où les signes locaux sont réduits à peu de chose. Il n'existe pas de plaie et l'exploration minutieuse ne permet pas de reconnaître d'enfoncement. La ponction lombaire qui constitue une ressource importante peut parfois rester négative. Les troubles fonctionnels manquent également. Or, l'intervention systématique pratiquée dans ces conditions peut déceler des lésions graves.

C'est ce qui est arrivé dans un des cas de M. Robert Picqué où la symptomatologie se résumait en un hématome de la région temporale; et cependant la taille d'un lambeau permit de découvrir un enfoncement total du temporal.

J'ai été moi-même amené à intervenir en me basant sur une petite plaie cutanée chez un malade qui m'avait été confié par M. le professeur Joffroy dans mon service de Sainte-Anne. Je vous demande la permission de vous rapporter cette curieuse observation :

Traumatisme cranien (fracture) au cours d'un accès de délire subaigu. — Observation recueillie par M. Juquelier, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, assistant au Pavillon de chirurgie (juillet 1907). — B... (Charles), âgé de vingt-six ans, exerce la profession de biseauteur sur glaces. Il n'a jamais fait de maladies graves dans son enfance; il est fils de parents vivants et bien portants et affirme ne pas connaître dans sa famille de tares psychopathiques. Ce renseignement doit, bien entendu, n'être accueilli que sous toutes réserves. Il a été soldat pendant trois ans et n'a souffert au régiment que d'indispositions sans importance. Depuis, B... a eu une blennorragie et plus récemment (cette année même) une ulcération de la verge appelée chancre mou par le médecin consulté.

Il s'est agi d'une lésion peu douloureuse, unique, ayant duré plusieurs semaines, laissant à la face interne du prépuce une petite plaque cicatricielle rougeâtre et indolore. Les ganglions inguinaux sont perceptibles des deux côtés; à la suite de ce chancre (?) il n'y a pas eu jusqu'ici d'éruption suspecte.

Depuis qu'il travaille à Paris, B... avoue avoir commis quelques

excès alcooliques et ces excès paraissent avoir déterminé les troubles mentaux au cours desquels est survenu le traumatisme. En effet, vers le mois de mai 1907, il s'imagina qu'on lui en voulait, qu'il était entouré d'ennemis et d'envieux; il surprenait des menaces dans les faits et gestes des personnes de son entourage.

Aussi dès les premiers jours de juin il résolut de quitter Paris pour aller se reposer quelque temps à la campagne; car indépendamment des persécutions dont il se croyait l'objet et qu'il voulait fuir, il se sentait mal portant, dormait mal et avait perdu l'appétit.

Au moment de monter dans le train qui doit l'emporter vers son pays natal (dans un département du Centre), il boit quelques verres de vin blanc.

En route, entre les Aubrais et Vierzon, il subit l'influence d'une recrudescence passagère de ses idées de persécution, et ce trouble mental a bien l'apparence d'un accès subaigu de l'alcoolisme chronique. Il s'imagine en effet que ses compagnons de voyage veulent le tuer. Il surprend entre eux des signes d'intelligence. On va se jeter sur lui, le frapper. Terrifié, déjà confus, oubliant qu'il va au-devant d'un péril réel pour fuir un péril imaginaire (le train est en pleine vitesse), il ouvre la portière du compartiment et se jette sur la voie. Il tombe, la tête la première, perd connaissance et revient à lui quatre jours après à l'hôpital de Vierzon, où il a été transporté et où des parents déjà prévenus l'ont rejoint.

Dès qu'il a repris connaissance, le malade s'est rappelé avec exactitude tout ce qui s'est passé jusqu'au moment de sa chute.

Doit-on dire que B... a eu de l'amnésie, puisque dans la période d'inconscience qui a suivi le grave traumatisme céphalique, il n'a guère fixé d'impression et n'a par conséquent rien eu à conserver?

Mais, même si l'on peut considérer qu'il y a eu de l'amnésie de fixation pendant la période de quatre jours qui a suivi l'accident, il n'y a pas eu d'amnésie rétrograde comme cela arrive souvent en pareille circonstance. On peut donc affirmer que, consécutivement au traumatisme, les troubles mentaux immédiats ont été réduits au minimum.

Bien plus, les plaies du cuir chevelu résultant de l'accident étant de peu d'importance, le malade est bientôt considéré comme convalescent, malgré qu'il persiste un peu de suppuration. Il regagne Paris en compagnie de son frère. Il souffre alors de céphalées, mais son état mental est à peu près normal, puisqu'il juge sainement ses idées de persécution antérieures. Toutefois, comme un peu de dépression persiste, comme les maux de tête l'inquiètent, qu'en un point la plaie céphalique est la source d'une suppuration qui n'est pas très abondante mais ne tarit pas, il se présente *spontanément* à la consultation de l'asile Sainte-Anne et reçoit le conseil de se soumettre à une observation de quelques semaines. Les démarches nécessaires ayant été faites avec son consentement et son concours, il entre dans les derniers jours de juin dans le service du professeur Joffroy, qui l'examine et juge à propos de le soumettre à l'observation du chirurgien.

Etat actuel. — A ce moment, 3 juillet 1907, le malade est conscient

et bien orienté, il répond avec précision aux questions qui lui sont posées, raconte son histoire telle que nous venons de l'écrire, et apprécie pour ce qu'elles étaient, c'est-à-dire pour morbides, les idées de persécution antérieures à son malheureux voyage.

Il est seulement un peu triste, déprimé, inactif. Parfois il manifeste du découragement, de l'inquiétude au sujet de l'avenir, mais il n'a pas d'idées délirantes, pas d'affaiblissement intellectuel, pas de paresse de la mémoire appréciable dans une conversation banale, pas de troubles de la parole.

Physiquement, c'est un homme de petite taille, pâle, d'apparence fatiguée mais normale, L'intoxication alcoolique, qui n'est pas très ancienne, n'a pas encore laissé de signes permanents. Il n'existe pas de tremblement.

Br... n'a pas de troubles de la motilité, de la réflectivité ou de la sensibilité. Les pupilles sont égales, habituellement un peu dilatées, mais actives; forte ecchymose conjonctivale bilatérale.

Au niveau de la région pariétale gauche, B... porte deux lignes cicatricielles irrégulières récentes en rapport avec le traumatisme. A la partie antérieure de la plaie supérieure, la cicatrisation est incomplète et un petit orifice donne issue à une certaine quantité de pus assez clair, qui s'écoule plus abondant à la pression. Celle-ci est assez douloureuse autour de l'orifice, et donne à l'observateur l'impression d'un épaississement périostique plutôt que d'un enfoncement. La céphalée dont se plaint le malade n'est pas localisée à ce point, mais diffuse.

Une intervention est décidée.

Large volet cutané à charnière inférieure.

Immédiatement, au travers des parties molles infectées et épaissies, on découvre une embarrure d'un diamètre de 2 francs, découpée comme à l'emporte-pièce et enfoncée de 3 à 4 millimètres. On élargit à la pince de Dalgreen le pourtour et on relève très facilement l'embarrure. Celle-ci extraite, la dure-mère apparaît recouverte de fausses membranes fongueuses et verdâtres, que l'on gratte : au-dessous apparaît alors véritablement la dure-mère elle-même, blanc fibreux mat.

Mais deux fissures partent en avant et en arrière de cette rondelle embarrée : on gouge la paroi cranienne, tout le long d'elle, en arrière sur quelques centimètres, en avant beaucoup plus loin, car, à chaque morsure, la pince-gouge découvre une nouvelle zone de dure-mère infectée et du pus sourd entre elle et la paroi cranienne. On se trouve ainsi conduit jusque sur la ligne médiane. Là le pus est un peu plus abondant et, repoussant la dure-mère, l'a très nettement décollée. Pour ne pas prolonger démesurément l'exploration, on s'arrête en ce point.

Une mèche de gaze enfoncée entre le crâne et la dure-mère ne ramène plus de pus. Toute la surface de la dure-mère est curettée. Pansement à plat. Suites absolument apyrétiques. Guérison rapide.

A la suite de l'intervention, le malade présente le même état général et le même état mental qu'auparavant : légère dépression sans troubles psychopathiques proprement dits.

Quand il n'existe localement aucune lésion, la présence de troubles fonctionnels fournit au chirurgien des indications formelles; mais, pour conduire à l'intervention, il faut que ces troubles soient localisés. Ils sont, en général, sensitivo-moteurs : c'est l'hémiplégie ou l'épilepsie jacksonienne que l'on observe en pareil cas. Parfois c'est une localisation spéciale comme l'aphasie.

Il y a quelques années, j'ai vu, avec mon cher maître, le professeur Berger, un savant éminent, âgé de soixante-dix ans, qui fut renversé par un bicycliste sur la place de la Concorde : il se releva aphasique; on était en droit, naturellement, de se demander si cette aphasie n'était pas l'expression d'un ictus spontané qui aurait entraîné la chute.

Or, l'existence d'une ecchymose au niveau de la fosse temporale, et, d'autre part, les circonstances de la chute qui furent précisées par le malade d'une façon très nette, nous firent admettre une lésion traumatique au niveau de la 3e circonvolution. Recherche de ce point à l'aide du procédé Broca-Championnière (ligne horizontale de 6 centimètres partant de l'apophyse orbitaire à l'extrémité de laquelle est tracée une perpendiculaire de 2 centimètres).

Après avoir taillé un lambeau cutané, je constatai un trait de fracture horizontal. Je pratiquai la trépanation avec l'aide précieuse de mon excellent maître; celle-ci nous mit en présence d'un hématome sous-dural qui fut facile à détacher.

La guérison opératoire était obtenue le huitième jour, mais, dès le jour de l'opération, l'aphasie diminuait pour disparaître au sixième jour.

A ce propos, je tiens à dire que le traumatisme peut, dans des circonstances rares, provoquer l'apparition d'une variété d'aphasie qui ne se produit pas comme la précédente par le mécanisme de la compression, mais qui relève de l'hystérie, ce qui ne laisse pas d'offrir au diagnostic des difficultés parfois insurmontables. Notre interne, M. Tixier, a publié, en 1905, dans les *Archives de médecine*, un cas intéressant de ce genre qu'il a observé dans mon service de l'hôpital Bichat. Il a insisté tout particulièrement sur les caractères de cette aphasie spéciale, dont l'existence est d'ailleurs établie d'une façon indiscutable par les observations de Charcot, Ballet, Lépine et Raymond.

Mais j'ai hâte d'arriver au point principal de mon exposé.

En dehors des troubles fonctionnels sensitivo-moteurs, on peut voir survenir rapidement, après le traumatisme, des troubles psychiques. Quels sont ces troubles? Quelle est leur pathogénie et leur pronostic? Le chirurgien a-t-il le pouvoir de les prévenir?

Quelques-uns sont connus des chirurgiens; ce sont les troubles

de la mémoire désignés sous la dénomination d'amnésie traumatique, et l'automatisme inconscient dont j'ai récemment observé un cas intéressant à l'hôpital Bichat et que je vous relaterai dans un instant.

Mais en dehors de ceux-ci, il en existe d'autres que j'ai désignés dans la thèse de mon interne Violet sous le nom de troubles mentaux précoces.

Ils ne semblent guère avoir attiré jusqu'ici l'attention des chirurgiens, et cependant c'est à l'hôpital qu'on les observe le plus souvent. Ils ne vont à l'asile que lorsque les phénomènes d'excitation qui se produisent parfois rendent leur maintien dangereux dans un service de chirurgie.

A l'hôpital, la vraie signification de ces troubles psychiques est ordinairement méconnue; on les rattache à tort le plus souvent à l'intoxication alcoolique. Récemment notre collègue Vigouroux nous présentait à la Société médico-psychologique l'histoire d'un malade de ce genre.

Au moment même où je rédige cette partie de mon rapport, on me signale l'arrivée, dans mon service, d'un malade atteint d'un traumatisme grave du crâne et qui vient d'un grand service hospitalier avec le diagnostic : délire alcoolique!

Ces troubles affectent, en général, le type d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique avec ou sans confusion mentale. Le malade de notre collègue Vigouroux, qui venait d'un service hospitalier, présentait un trouble mental caractérisé par de la confusion mentale et une amnésie rétrograde et de fixation.

Ces troubles sont ordinairement passagers et curables, et c'est un point sur lequel j'attire spécialement votre attention.

Or, leurs caractères, leur évolution et leur curabilité les rapprochent d'une façon saisissante des délires infectieux que j'ai récemment étudiés devant vous. La température est parfois élevée. Sans avoir la prétention de ranger tous ces délires dans le cadre de l'infection, je crois qu'un certain nombre d'entre eux ne reconnaissent pas d'autre origine. Le cas suivant que j'ai observé à l'hôpital Bichat est bien probant à cet égard.

Psychose infectieuse consécutive à une fracture du crâne par coup de feu. Accès d'automatisme inconscient (d'après les notes qui m'ont été remises par M. Villandre, interne du service).

D..., quarante ans, chauffeur, est admis d'urgence dans mon service de l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 8, pour une plaie du cuir chevelu par arme à feu (revolver de 7 millimètres), le 10 août à 7 heures du matin.

La plaie entourée d'un tatouage est située dans la région fron-

tale droite, au niveau de la ligne courbe temporale supérieure, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade sourcilière; il existe un suintement sanguin peu abondant. Le malade ne répond à aucune des questions qu'on lui pose, mais il n'existe pas de coma; à l'examen du système nerveux, on ne constate aucun trouble sensitivo-moteur. Les réflexes sont conservés.

Après examen du malade, M. Picqué prescrit à l'interne de faire un lambeau d'exploration de 7 centimètres de diamètre, ayant pour centre l'orifice d'entrée du projectile. Il se réserve de faire lui-même la trépanation s'il y a lieu. La balle est découverte, aplatie et encastrée dans l'os; on constate en même temps l'existence d'une dépression dans la boîte cranienne, dépression qui est large comme une pièce de deux francs. Circonscrite par une fissure circulaire, la dépression n'est pas égale partout, elle est moins prononcée en haut et en dehors.

D'après les instructions données, le malade est replacé dans son lit; une fois sorti du sommeil chloroformique, il s'entretient d'une façon raisonnable avec ses voisins. La température est normale, le pouls est un peu lent.

Le soir, à 7 heures, la température monte brusquement, le blessé se met à divaguer, il veut quitter son lit, fuir au loin devant d'imaginaires agents qui le poursuivent; ses voisins et l'infirmier de nuit s'efforcent de le calmer; au bout de quelque temps, il semble les écouter, et fait mine de dormir, quand soudain il bondit hors du lit, se dirige vers une porte-fenêtre qui ouvre sur une terrasse entourant la salle de chirurgie. Un voisin s'accroche à lui, mais le blessé le repousse brutalement. Sautant par-dessus le garde-fou de la terrasse, il tombe dans la cour; l'infirmier descend vivement pour le rattraper, et le voit seulement se diriger en courant vers les fortifications; sans hésiter, le malade va droit devant lui et tombe dans le fossé.

Le personnel de l'hôpital se rend aussitôt dans le fossé des fortifications, mais ce dernier s'était enfui le long des fortifications; il fut ramené à l'hôpital par deux agents qui l'avaient découvert à la porte des Poissonniers, deux portes plus loin que la porte de Saint-Ouen. Il ne présentait aucune plaie, aucune fracture. On lui met la camisole de force et le reste de la nuit le malade est calme. Le lendemain matin, M. Picqué relève le lambeau cutané et fait la trépanation projetée.

Une fraise est appliquée à la partie supérieure de la dépression; dès la pénétration, il s'écoule du sang liquide en assez grande quantité, provenant probablement d'un épanchement sous-dural.

L'orifice est agrandi, on constate l'existence de deux fragments détachés de la table interne. Quelques caillots sont enlevés et l'on

constate l'intégrité de la dure-mère, sauf la présence d'une ecchymose au point le plus marqué de la dépression.

Le cerveau bat très nettement : l'incision de la dure-mère n'est pas pratiquée. Le lambeau cutané est remis en place. Réunion partielle et drainage.

Suites opératoires très simples. Pendant quelques jours la température oscille autour de 38 degrés : au cinquième jour, la température retombe à la normale, et le malade revient définitivement à lui.

L'état général est excellent. Il s'alimente et s'entretient avec ses voisins. Il n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé, mais il se rappelle la tentative de suicide.

Rentré chez lui au bout de quelques jours, il a fait dans son domicile une tentative d'incendie, et je l'ai retrouvé à l'asile de Villejuif, où il est en observation.

La fugue du malade sur les fortifications constitue un accès d'automatisme inconscient, symptôme intéressant mais rare à la suite des traumatismes craniens. Mais il faut surtout remarquer que le délire a commencé avec l'élévation de la température. D'autre part, l'action rapide et décisive de l'intervention sur le délire démontre en même temps son origine infectieuse.

D'ailleurs la forme confusionnelle de ce délire le rapproche absolument des délires infectieux. On ne peut dès lors nier que dans certains cas les traumatismes craniens ne puissent donner lieu par le mécanisme de l'infection à une nouvelle variété de psychose infectieuse. Dans le cas actuel l'automatisme inconscient semble relever de la même cause. Il en découle pour moi cette règle qui me paraît absolue, c'est qu'en présence d'une plaie du cuir chevelu avec ou sans fissure apparente, l'apparition du délire devient une indication formelle de l'intervention. Certes l'agent infectieux peut avoir une virulence atténuée et permettre une guérison temporaire, mais j'estime que l'intervention est encore justifiée, parce que, selon moi, cette infection atténuée, dont le délire est l'expression, peut devenir en l'absence de cette intervention préventive l'origine d'accidents tardifs graves que nous allons maintenant envisager.

Ces accidents tardifs intéressent la zone psychique. Jusque dans ces dernières années, ils étaient rares, tant était grande la mortalité primitive dans les traumatismes craniens.

Au fur et à mesure que la mortalité s'est abaissée, on a vu arriver dans nos asiles un nombre de plus en plus considérable de ces malades.

En tout cas ils sont peu connus des chirurgiens d'hôpital, parce

que ces accidents sont tardifs et qu'à l'époque où ils apparaissent ceux-ci ne les observent plus.

Or, ces accidents sont reliés au traumatisme par une double chaîne clinique et anatomo-pathologique qui affirme la subordination de la première à la deuxième.

Au point de vue clinique, il existe, en effet, des troubles psychiques qui sont contemporains de l'accident et aboutissent à ceux plus tardifs qui amènent le malade à l'asile. Tel malade est guéri chirurgicalement, les troubles mentaux précoces, s'ils ont existé, ont disparu définitivement. Le malade peut être considéré comme guéri. Et cependant si l'on vient à soumettre le cerveau à un examen minutieux, on observe déjà un déficit plus ou moins prononcé.

Comme type de ce genre, je vous demande la permission de vous lire la note que mon excellent collègue et ami Dupré a bien voulu rédiger sur le malade S..., dont l'observation résumée se trouve annexée à mon rapport.

« Actuellement il n'existe plus chez votre opéré aucun signe d'une atteinte quelconque de la sensibilité ni de la motricité, ni à droite, ni à gauche.

« Pas de signe d'irritation ou de perversion pyramidale du côté droit. Pas d'aphasie saisissable.

« Au point de vue psychique, on constate seulement un état manifeste de psycho-neurasthénie caractérisée par du ralentissement des opérations mentales, un certain degré d'obtusion et de dépression avec difficulté d'association des idées, torpeur, inertie physique et intellectuelle. La psychasthénie traumatique se marque aussi par l'altération de l'humeur qui est sombre, taciturne, concentrée, comme c'est la règle chez les neurasthéniques mâles, traumatiques. Secondairement à ces troubles (par ralentissement) du mécanisme intellectuel, existent des lacunes de la mémoire, par impossibilité de fixation des impressions, et alors un certain degré d'amnésie antérograde par rapport à l'accident et d'ailleurs en voie de diminution.

« Pas de déficit démentiel à proprement parler. Les accidents sont curables d'autant plus rapidement que la situation matérielle du blessé (situation judiciaire) sera plus vite améliorée; sinon on peut prévoir la longue durée et l'aggravation des troubles neuro-traumatiques. »

Beaucoup de ces malades n'arrivent heureusement jamais à la période des troubles mentaux tardifs.

Ils restent, selon l'heureuse expression de Lasègue, « cérébralisés par le traumatisme », ou bien présentent cet état de dégénérescence traumatique spéciale du cerveau dont Thoinot a donné une

description dans ses leçons cliniques et à laquelle Viollet consacre un chapitre de sa thèse. En réalité, ils restent « des prédisposés » dans le sens mental du mot.

Mais un certain nombre d'entre eux aboutissent à l'asile, et j'ai déjà dit pourquoi le nombre en avait augmenté dans les dernières années.

En 1890, Christian et Dubuisson dans les travaux qu'ils ont fait sur les rapports du traumatisme avec l'aliénation mentale en ont rapporté des cas nombreux. Moi-même j'en ai observé quelques-uns, publiés dans une communication que j'ai faite avec mon collègue Marie, de Villejuif, et dans la thèse de Violet.

Récemment encore, un interne de nos asiles, M. Froissard, a consacré sur mes conseils sa thèse à l'étude d'une variété importante de psychose traumatique. Il n'entre pas dans mon esprit d'envisager devant vous ce vaste sujet.

Mon but est simplement d'énoncer ce fait, que l'aliénation mentale peut être l'aboutissant des traumatismes craniens. Cette notion du traumatisme dans la production de certains troubles mentaux est pour le psychiatre extrêmement importante au point de vue doctrinal, thérapeutique et médico-légal. Mais elle présente également un côté prophylactique que je veux envisager devant vous. C'est le seul qui puisse, en effet, intéresser le chirurgien, et il a une importance qui ne saurait nous échapper.

Puisque le traumatisme peut conduire aux troubles mentaux, nous devons nous demander si la chirurgie peut s'opposer à l'évolution de ces troubles tardifs et de quelle manière?

Il est certain que lorsque ces derniers sont définitifs, la chirurgie est impuissante, mais on a le devoir de se demander si elle peut les prévenir ou même les enrayer dès le début de leur évolution.

Ne serions-nous pas en droit de regretter réellement les progrès de la thérapeutique des traumatismes craniens, si nos malades n'échappaient par nos efforts aux accidents immédiats que pour tomber dans l'aliénation mentale?

Or, pour juger cette question, il devient nécessaire d'envisager le substratum anatomique des troubles cliniques précités et d'étudier les divers éléments de cette chaîne anatomo-pathologique qui débute au niveau des lésions récentes du traumatisme pour aboutir progressivement à des altérations plus ou moins graves de l'encéphale et de ses enveloppes.

Or, ces lésions sont de deux sortes : ce sont d'abord des altérations microscopiques diffuses de la substance nerveuse si bien étudiées tout d'abord par Duret, dont les travaux ont été trop souvent oubliés par ceux qui ont écrit sur ces questions, puis par

Luzenberger et Scagliosi, qui a surtout bien précisé dans des expériences intéressantes les altérations de la cellule nerveuse (*Semaine médicale*, novembre 1898).

Ces lésions n'entraînent souvent pour le cerveau, dans certaines variétés, qu'une simple prédisposition à quelques affections graves comme la paralysie générale et certaines variétés d'épilepsie post-traumatique.

On conçoit l'intérêt qu'elle présente pour le psychiatre puisqu'elles fixent le rôle du traumatisme dans la production de certaines formes d'aliénation ; elles restent sans intérêt pratique pour le chirurgien.

A côté d'elles viennent se placer les lésions localisées du cerveau. Or, elles se rapprochent beaucoup de celles que l'on constate au cours d'interventions pratiquées pour des troubles sensitivo-moteurs consécutifs à des traumatismes anciens du crâne.

Elle ne s'en distingue que par leur siège au niveau des zones latentes. *Du côté des enveloppes*, ce sont des épaississements osseux, parfois des esquilles de la table interne signalées en général par les auteurs sous le nom d'ostéophytes de la dure-mère mais surtout des foyers de pachyméningite avec épaississement et adhérences de la dure-mère à l'os ou à la substance cérébrale.

Du côté du cerveau, ce sont des reliquats de foyers de méningo-encéphalite avec des zones plus ou moins étendues de sclérose ou de dégénérescence porencéphalique. Parfois encore on y trouve des corps étrangers ou des abcès enkystés.

J'ai rassemblé un certain nombre de cas dans la thèse de Violet.

Ces lésions sont parfois pour l'aliéniste d'une interprétation difficile : il ne saurait en être de même pour le chirurgien, qui a l'occasion d'observer les lésions qui accompagnent le traumatisme récent. Or, les lésions tardives sont nettement superposables aux autres et elles en sont l'aboutissant.

On y retrouve les altérations dues à la compression (esquilles détachées, embarrures, ancien foyer de contusion cérébrale et sclérose consécutive), mais on reconnaît surtout dans l'épaississement et l'adhérence des enveloppes, dans des kystes à contenu douteux, le reliquat du processus infectieux qui s'est produit dès le début des accidents.

Quénu nous avait autrefois signalé la fréquence de ce processus comparée aux accidents de la compression.

On retrouve encore le même rapport dans les lésions tardives ; celles qui tiennent à l'infection sont beaucoup plus fréquentes que celles qui résultent uniquement de l'enfoncement des os. L'infection semble tenir encore la première place.

Il résulte de cette constatation que le danger de l'infection

n'existe pas seulement dans les premières phases de l'évolution; il persiste plus tard quand les malades ont pu échapper à la mort, et c'est l'infection qui amène progressivement le malade, dans un certain nombre de cas, à la période tardive des accidents cérébraux. Ne voit-on pas dès lors dans ces faits un nouvel argument en faveur de l'intervention immédiate?

Quénu recommandait celle-ci pour combattre l'infection du début : or, elle paraît tout aussi nécessaire pour prévenir les accidents tardifs qu'elle tient en grande partie sous sa dépendance quand la lésion primitive a intéressé la zone psychique. Mais on ne doit pas oublier non plus avec Lucas-Championnière, dans les lésions sous-cutanées de l'enveloppe osseuse (fracture fissuraire ou embarrure) où l'infection ne joue aucun rôle, les altérations possibles dues à la compression pure.

Nous avons déjà dit que la clinique pouvait être muette ou tout au moins insuffisante comme dans le cas de Robert Picqué et le mien, et c'est pourquoi il convient encore dans ces circonstances de recourir à l'incision exploratrice systématique qui seule peut s'opposer au processus de sclérose progressive.

Il résulte de l'exposé qui précède que si l'on vient à envisager la possibilité des troubles tardifs post-traumatiques, on se trouve amené à étendre le champ des indications de la trépanation dans les traumatismes récents du crâne. Pour ma part, je me déclare partisan résolu de l'incision exploratrice dans les deux circonstances suivantes :

1° Dans toute plaie du crâne, même les plus minimes, parce que celles-ci peuvent devenir le point de départ d'une infection profonde, s'il existe une fissure méconnue;

2° Dans les cas où, en l'absence de tout signe fonctionnel, un hématome fait obstacle à l'exploration de l'os et peut faire supposer, même lorsque la ponction lombaire a été négative, la possibilité d'une fracture par enfoncement.

En terminant, je voudrais vous présenter les résultats que j'ai obtenus à l'aide de cette pratique dans mon service de l'hôpital Bichat.

Du 17 octobre 1903 au 31 mars 1907, je trouve dans mes registres d'opération vingt traumatismes du crâne; dix fois il s'agit de coup de feu du crâne. Dans dix cas le traumatisme est consécutif à une chute sur la tête d'un lieu plus ou moins élevé ou résulte d'un choc direct.

L'intervention a été pratiquée systématiquement dans les dix cas et a consisté dans la taille d'un lambeau suffisamment large pour découvrir la surface des os du crâne au niveau du traumatisme.

Dans un seul cas (chute d'un omnibus sur la tête. Plaie du cuir chevelu au niveau de la région pariétale), l'exploration n'a décelé aucune lésion des os du crâne. Dans les neuf autres cas, des lésions plus ou moins graves ont été constatées.

Voici le résumé de ces cas :

Premier cas (publié dans le mémoire de mon interne Tixier). 1° O... (François), 17 septembre 1903. Tamponnement par une locomotive. Large plaie cutanée, fracture avec enfoncement de la région temporale antérieure et frontale supérieure. Commotion cérébrale, écrasement du lobe frontal sous-jacent, qui s'élimine sous forme de bouillie après la craniectomie.

Ce cas est intéressant en ce sens que le malade n'a conservé que quelques troubles de mémoire portant plutôt sur les faits anciens que sur les récents (examen de M. Dupré).

2° F... (René), dix-neuf ans, 31 mai 1904. Chute de bicyclette : le malade est projeté contre le brancard d'une voiture. Plaie du cuir chevelu au niveau de la partie postérieure du frontal droit. Fracture fissuraire de la voûte. Pas de troubles fonctionnels. Perte de connaissance pendant un quart d'heure.

Taille d'un lambeau cutané. Trépanation. Désinfection du foyer de fracture. Guérison.

3° S... (Lucie), cinquante ans. Chute sur la tête de deux pots de fleurs de la hauteur du quatrième étage. Plaie du cuir chevelu de la région pariétale gauche. Pas de perte de connaissance. Pas de troubles fonctionnels. Signes très nets d'un enfoncement cranien. Trépanation. Les fragments osseux sont relevés et extirpés. Guérison.

4° C... (Maurice), trente-cinq ans, 8 juillet 1904. Chute sur la tête d'un seau tombé d'un échafaudage. Pas de perte de connaissance. Pouls très ralenti. Hémiparaplégie du bras droit. Plaie de la région du pariétale gauche. Température à l'entrée, 38°3. Opéré d'urgence dans l'après-midi.

Fracture de la voûte du crâne. Plaie de la dure-mère d'environ 4 centimètres. Désinfection.

Le lendemain, crises de contracture du bras. Mort le surlendemain.

5° M... (Émilie), vingt-sept ans. Tentative de suicide. Chute d'un lieu élevé. Plaie de la région pariétale gauche qui a été suturée en ville. La malade présente à son entrée un délire aigu et de la température. Désunion de la plaie. On constate un enfoncement du crâne. Trépanation. Désinfection et drainage. Mort.

6° S... (Marie), vingt ans, 28 avril 1905. Chute par la fenêtre. Ecchymose sans plaie de la région frontale et pariétale droite.

Comme trouble fonctionnel, paralysie du droit externe de l'œil gauche, avec diplopie consécutive. Commotion prolongée. Taille d'un lambeau cutané. Fracture du frontal droit avec un léger enfoncement. Ecartement de la suture fronto-pariétale. Du côté gauche, irradié sur le frontal, un trait de fracture qui gagne probablement le rocher gauche.

La trépanation met à découvert un hématome sous-dure-mérien abondant. Guérison.

7° H... (Jeanne), quatorze ans, 15 mai 1905. Chute du deuxième étage par la fenêtre. Plaie du cuir chevelu avec fracture au niveau de la suture fronto-pariétale droite. Coma prolongé. Otorragie. Pas de troubles fonctionnels.

Taille d'un lambeau cutané. Disjonction et enfoncement de la suture fronto-pariétale. Trépanation. Hématome sous-dural. Guérison.

8° C... (Charles), 1905. Malade écrasé entre deux tramways. Coma. Pas de plaie cutanée. Hématome au niveau de la région pariétale gauche.

Taille d'un lambeau cutané à ce niveau; on tombe sur une série de fissures irradiées autour d'un point central situé sur le pariétal gauche. Large trépanation en ce point. Fragment libre de la table interne. Incision de la dure-mère qui semble tendue. Drainage. Guérison.

9° S..., trente-huit ans, cocher, 20 septembre 1907. Chute du siège de sa voiture. Perte de connaissance. Plaie de 2 à 3 centimètres à la partie supérieure de la région temporale gauche. Taille d'un lambeau cutané. Embarrure du pariétal présentant la dimension d'une pièce de 5 francs. Fissure plongeant dans la fente ptérygo-maxillaire. Relèvement et extraction du fragment enfoncé. Guérison.

L'examen des fonctions intellectuelles a été fait par M. Dupré, nous l'avons relaté plus haut.

Comme on le voit, à part deux cas où des phénomènes d'infection existaient à l'entrée du malade à l'hôpital, tous ont guéri, et chez tous on a constaté, à l'exception d'un cas, des lésions graves, dont le traitement immédiat a pu non seulement éviter des phénomènes d'infection, mais encore mettre le malade à l'abri de lésions tardives du côté de l'encéphale.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Robert Picqué de son intéressante communication et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Sarcome kystique de l'ovaire chez un hermaphrodite d'aspect masculin. Ablation. Survie de cinq mois et demi,
par M. F. Chauvel (de Quimper).

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation qui nous a été adressée par notre confrère, le Dr Chauvel (de Quimper). Cette observation mérite, je crois, de prendre place dans nos Bulletins :

Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, embarqué depuis trois ans, ayant les allures, la voix et les habitudes des matelots, qui se présenta le 11 avril 1905 au Dr Chauvel, se plaignant de douleurs abdominales depuis le mois de janvier de la même année. Le Dr Jacq (de Douarnenez) avait eu l'occasion de le traiter à plusieurs reprises pour des crises douloureuses, avec maximum dans la fosse iliaque droite, faisant penser à des crises d'appendicite. Ces crises, qui duraient quelques jours, s'étaient répétées à trois reprises le 10 janvier, le 10 février et le 20 mars. Au moment de la dernière crise, le Dr Jacq constata la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur mobile, élastique, du volume d'un œuf de poule, et conseilla au jeune matelot de se mettre entre les mains du Dr Chauvel.

Celui-ci trouve, un peu au-dessus du point de Mac-Burney, une tumeur du volume du poing, mobile, rénitente, douloureuse, et pense à un kyste de l'épiploon ou du mésentère. Il constate de plus que le malade, cryptorchide, a une verge assez développée et quelques rares poils sur le pubis. Il existe un hypospadias balanique ; la peau des bourses est assez tendue ; il y a un pli médian au niveau du raphé assez accusé. Le facies de l'enfant ne présente rien de particulier et la voix est assez grave pour l'âge de quinze ans.

Le Dr Chauvel conseille une intervention, que la famille refuse de laisser pratiquer immédiatement. La tumeur, qui avait pris en une dizaine de jours un développement considérable, continue à augmenter rapidement ; l'état général s'altère et lorsque malade et famille acceptent l'intervention, le 19 avril, l'enfant est méconnaissable. L'abdomen entier est occupé par une tumeur très tendue, énorme, refoulant le foie et l'estomac, mate partout, sans sensation de flot. Le facies est grippé, nettement péritonéal, les vomissements fréquents, verdâtres. Le pouls est à 140, la température à 39 degrés. Le 20, le Dr Chauvel pratique la cœliotomie. A l'ouverture de la cavité abdominale il sort un flot de sang noirâtre. « Je constate, écrit le Dr Chauvel, la présence d'une énorme tumeur gélatineuse, colloïde, avec des parties kystiques contenant un liquide très épais. L'épiploon est infiltré de sang et présente des adhérences récentes avec la tumeur et avec la paroi. En explorant

la tumeur avec la main, je constate une large déchirure faisant crevasse profonde au niveau de son pôle supérieur et un peu à gauche de la ligne médiane. C'est là l'origine de l'hémorragie qui s'est produite mais qui est actuellement arrêtée, l'épiploon et les caillots récents formant tamponnement. Je sors péniblement la tumeur, étant donné son volume, et constate alors que son pédicule très petit n'est autre qu'une trompe parfaitement constituée, accolée à la tumeur avec son pavillon libre. Je sectionne entre deux pinces et constate alors la présence à gauche d'un ovaire et d'une trompe parfaitement normaux et que j'extirpe. Il n'y avait pas d'utérus. Les deux trompes formaient une sorte de cordon sous-péritonéal se dirigeant obliquement en arrière de la vessie, où elles se perdaient dans le périnée. L'appendice était sain. » Après toilette rapide du péritoine le ventre fut refermé en laissant un gros drain.

Malgré le mauvais état du malade, les symptômes s'amendèrent immédiatement. Dès le soir, la température tombait à 37°4, le pouls à 110, et le malade guérit malgré deux petites poussées péritonitiques, toutes deux consécutives à un lavement. En juin, il a repris de l'embonpoint et circule librement.

Cette guérison ne fut que de courte durée, car, dès la fin de juillet, le malade recommence à souffrir du ventre, l'état général s'altère de nouveau et, dans le courant d'août, on constate l'existence d'une tumeur vers la partie moyenne du ventre; cette tumeur augmente rapidement, et le malade succombe le 8 octobre.

L'examen de la tumeur enlevée, fait par M. Lecène, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire, avec glycogène abondant et figures caryokynétiques nombreuses, très malin par conséquent.

Telle est, dans ses grands traits, l'observation que nous a communiquée le Dr Chauvel. Elle nous a paru intéressante à divers points de vue :

1° *La malformation génitale* ; en même temps que des lésions de pseudo-hermaphroditisme, il existait, avec une intégrité des trompes et des ovaires, une absence de l'utérus. Le fait que le bassin, vu par l'intérieur de l'abdomen, avait l'apparence d'une cavité pelvienne masculine, rapproché des lésions de l'appareil génital externe, semble l'établir, bien qu'un examen très complet n'ait pas été fait.

2° *La coïncidence de cette malformation avec le développement d'un sarcome ovarien.* En parcourant les observations contenues dans la thèse récente de Dreyfus (*Tumeurs malignes primitives de l'ovaire*, Paris, 1907), nous avons trouvé que dans 3 fois sur 40 sarcomes ovariens, il y avait des anomalies du côté de l'appareil génital (2 fois un développement sexuel exagéré sur des enfants de sept ans, 1 fois un pseudo-hermaphroditisme avec atrophie du vagin). Ces coïncidences d'affections assez rares nous autorisent à

soulever la question d'une prédisposition au sarcome dépendant de l'anomalie génitale.

3° *Le développement ultra-rapide de la tumeur* semblant en rapport avec le début de l'ovulation que semblent indiquer l'âge, quinze ans, et les trois poussées douloureuses successives à un mois d'intervalle.

Présentations de malades.

Amputation interscapulo-thoracique.

M. Picqué. — Amputation interscapulo-thoracique, datant de six semaines, pour ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, chez une fillette de douze ans, par le Dr André (de Péronne).

M. Berger, rapporteur.

Splénectomie.

M. Baudet. — Splénectomie.

M. Mauclaire, rapporteur.

Hépatico-duodénostomie.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de trente-sept ans, à laquelle j'ai fait une hépatico-duodénostomie le 10 juillet dernier.

Vous pouvez constater qu'elle n'a plus d'ictère. L'anastomose latéro-latérale que j'ai faite entre le canal hépatique et la première portion du duodénum a fonctionné tout de suite. Les matières étaient recolorées dès la première selle et l'ictère a rapidement diminué, puis disparu.

Si je vous présente cette malade, c'est surtout pour pouvoir vous parler de deux points de son histoire qui me paraissent intéressants.

Elle a une grosse tumeur de la tête du pancréas, grosse comme le poing. Cette tumeur est d'une extrême dureté, et je ne sais pas du tout quelle est sa nature. Il n'y a autour d'elle aucune adhé-

rence, l'hiatus de Vinslow est libre. Pour faire l'hépatico-duodénostomie, j'ai disséqué la moitié droite de l'hépiploon gastro-hépatique, et j'ai vu très aisément la partie supérieure de la tumeur qui déborde en haut la première portion du duodénum· Elle avait absolument l'apparence de la glande sous-maxillaire. En outre, il y avait devant le canal hépatique un ganglion du volume de la dernière phalange du pouce. Je l'ai enlevé; je l'ai examiné histologiquement. Il ne contient pas du tout de tissu épithélial; il n'est pas cancéreux. La tumeur du pancréas est-elle simplement inflammatoire? S'agit-il d'une pancréatite chronique? L'avenir nous le dira.

Le second point sur lequel je voudrais attirer votre attention est l'état des voies biliaires accessoires.

La vésicule était rétractée et contenait seulement un peu de boue biliaire.

La tumeur enserrait la partie terminale du canal double hépato-cystique. Le cystique ne communiquait plus avec l'hépatique. La bile ne pouvait refluer de l'hépatique dans le cystique; je l'ai constaté.

Or, le canal cystique avait tout juste sa dimension normale, tandis que l'hépatique dilaté avait le volume de mon médius. Et dans la partie où les deux canaux sont accolés, on voyait très nettement la différence des calibres et le contraste était frappant.

Voici donc encore un cas où l'obstruction, bien que n'étant pas d'origine calculeuse, s'est accompagnée cependant d'une rétraction des voies biliaires accessoires.

C'est donc un cas qui vient à l'appui de la manière de voir que je soutiens, puisque la terminaison du canal cystique était comprimée.

Il manque à mon observation un élément important. Il faudrait savoir comment le pancréas fonctionne. J'ai voulu faire l'épreuve de la graisse. Avant-hier, j'ai fait prendre à la malade 60 grammes de beurre. Mais depuis elle n'a pas été à la selle. Je ne puis donc vous dire si elle a de la stéatorrhée.

Actinomycose.

M. J.-L. Faure. — Messieurs, on m'a conduit hier un malade pour des accidents inflammatoires de la dent de sagesse. L'examen clinique m'a fait penser qu'il s'agissait d'actinomycose. Il y avait un gonflement diffus, mais indolore, et, au niveau de l'angle de la mâchoire, un point fluctuant et légèrement violacé.

De plus, le malade est dans l'impossibilité d'écarter la mâchoire. La lente évolution de l'affection, l'apyrexie, l'indolence m'ont fait penser à de l'actinomycose. Ce matin, j'ai fait une incision qui a donné lieu à l'issue de quelques gouttes de pus contenant le grain caractéristique. C'est donc un cas indiscutable.

Pleurésie purulente. Empyème. Guérison rapide par mobilisation du poumon au moyen de l'aspiration par la plaie thoracique.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade de dix-neuf ans, guéri d'une pleurésie purulente. Ce malade, entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lacombe, le 22 février dernier, était envoyé à mon service le 8 mars avec les signes d'une pleurésie purulente, des accidents fébriles graves et un épuisement général très prononcé.

Le 12 mars, je pratiquai l'empyème avec résection de la neuvième côte. Le poumon se rétracta sur son hile et l'endoscopie électrique le montrait couvert de fausses membranes. Après un mois, les accidents fébriles continuant, j'essayai de faire une ampliation du poumon dans la chambre de Saüerbruck, mais le résultat ne fut pas aussi satisfaisant que je l'avais espéré, le vide extra-pleural était insuffisant (2 centimètres cubes de mercure). Le 17 avril, je fis appliquer une large ventouse à hypotension propensive sur l'orifice de l'empyème ; je faisais faire un vide correspondant au moins à 6 centimètres cubes de mercure et la durée de l'aspiration était de trois quarts d'heure. Le poumon reprenait pendant tout ce temps, peu à peu, une ampliation presque normale. Jusqu'au 10 mai, cette même aspiration fut pratiquée tous les matins; la température devint normale, la suppuration diminua et surtout le poumon revint peu à peu à reprendre sa place normale dans la cavité thoracique.

Le 8 juin, il ne restait plus qu'une simple fissure, mais très étendue : je pratiquai alors une résection sur une étendue de 10 centimètres, des 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Je pratiquai l'aspiration au moyen de la ventouse et vous voyez aujourd'hui le malade complètement guéri.

J'insiste sur deux faits de cette observation :

1° La *pleuroscopie* ou l'*endoscopie électrique* que je pratique depuis huit ans, permet seule de se rendre compte de l'état du poumon et de celui du feuillet viscéral de la plèvre;

2° Et j'insiste surtout sur *l'ampliation du moignon pulmonaire par la haute aspiration;* on voit par la radioscopie cette ampliation se produire et on suit ainsi les différentes étapes de la réparation.

Nous avons donc un moyen simple de pratiquer le développement propensif du moignon pulmonaire si efficace après l'empyème; reste à fixer les indications de ce procédé.

M. Pierre Delbet. — Il y a un moyen très simple que j'emploie depuis longtemps pour dilater le poumon et le ramener au contact de la paroi thoracique après les opérations d'empyèmes faites pour pleurésies récentes. C'est de celle-là seulement qu'a parlé mon ami Tuffier, parce que dans les vieilles pleurésies opérées trop tard, le poumon est encapsulé dans des membranes si rigides qu'il ne peut plus se distendre.

Voici l'artifice dont je me sers La plèvre ayant été ouverte après résection d'un fragment de côte, le pus étant évacué, les fausses membranes enlevées, je place un gros drain dans la cavité pleurale, et autour de ce drain je suture hermétiquement la paroi, plèvre, périoste, muscles et peau, de manière que la fermeture soit étanche. Le tube, allongé par des raccords, est conduit dans un bocal qui repose sur le sol de la salle au pied du lit. Le bocal est rempli d'une solution antiseptique quelconque.

Les choses étant ainsi disposées, toutes les fois que le malade tousse, toutes les fois qu'il fait un effort, et on lui en fait faire (on lui commande de tousser, de se raidir; on lui fait faire une véritable gymnastique respiratoire), toutes les fois, dis-je, que le malade fait un effort, il augmente la pression dans l'intérieur de son poumon, et il l'augmente d'une manière considérable. La différence de pression entre les cavités du poumon et la cavité pleurale devient bien plus considérable au moment d'un effort que celle qu'on peut produire par une ventouse. Ainsi, à chaque effort, le poumon se distend et une certaine quantité d'air ou de liquide contenue dans la plèvre est expulsée et s'échappe par le tube. Et tout ce que le poumon a ainsi gagné est définitivement acquis.

En effet, après l'effort, le poumon tend à revenir sur lui-même en vertu de son élasticité propre. Mais cette élasticité est faible. Tuffier l'a mesurée, je l'ai mesurée, d'autres aussi. Nous savons ce qu'elle vaut. Elle ne fait pas équilibre à plus de dix centimètres d'eau au maximum. La rétraction du poumon amène une diminution de pression dans la cavité pleurale ; l'eau du vase est aspirée et s'élève dans le tube ; mais quand elle s'est élevée de 6, 8 ou 10 centimètres au plus, elle fait équilibre à l'élasticité pulmonaire, et le poumon ne peut plus se rétracter. Voilà pourquoi je

dis que toute distension du poumon produite par la toux ou n'importe quel effort est définitivement gagnée.

Dans certains cas de pleurésies très septiques, les lèvres de la plaie se sphacèlent, les fils coupent, il se produit des fissures et au bout de quelques jours, la suture n'étant plus étanche, le méca nisme ne fonctionne plus. Mais dans bien des cas, lorsque la suture a été soigneusement faite, l'occlusion reste suffisante pour que e poumon vienne se coller à la paroi thoracique. J'ai guéri ainsi bien des pleurésies purulentes, sans fistule.

M. Tuffier. — Le procédé que vient de nous indiquer M. Delbet a un premier inconvénient dû à l'infection de la plaie qui rend le vide impossible. En outre, il sera souvent insuffisant, parce que nous n'avons pas seulement à vaincre l'élasticité pulmonaire, mais encore à lutter contre la rétraction des lésions pathologiques du poumon. Malgré cela, nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir plusieurs cordes à notre arc, car on ne saurait trop apporter de modifications favorables à la thérapeutique si décevante des pleurésies purulentes totales.

Présentations de pièces.

Volumineux lipome périostique de la face antérieure du pubis.

M. Mauclaire. — Voici un fibro-lipome périostique volumineux enlevé chez une malade âgée de quarante ans. Il est gros comme une tête de fœtus à terme. Il avait débuté il y a cinq ans. Il siégeait au milieu des adducteurs et il remontait vers la face antérieure du pubis en se pédiculisant légèrement. Le contact et l'adhérence périostique furent nettement constatés au cours de l'opération. La tumeur repoussait les muscles adducteurs devant elle.

La plaie, très irrégulière, fut drainée. Guérison. On voit sur la pièce le point adhérent pas plus large qu'une pièce de cinq francs.

Cet exemple est à ajouter à ceux rapportés dans une discussion qui eut lieu ici il y a deux ans.

Lipome axillaire comprimant le nerf radial et cubital.

M. Mauclaire. — Cette tumeur, grosse comme le poing, siégeait dans le creux de l'aisselle. Elle était bilobée, une partie superficielle siégeait devant le grand pectoral dans sa portion axillaire. Le début était récent. Depuis deux mois, la malade avait des fourmillements le long de la partie interne du coude et à la face dorsale de la main. Ces douleurs sont disparues après l'ablation de la tumeur. Celle-ci adhérait aux nerfs et les comprimait quand le bras était rapproché du tronc.

Lipomatose symétrique du cou avec envahissement progressif du médiastin. — Mort par asphyxie.

M. Mauclaire. — J'ai présenté ici, en 1901, devant la Société, un malade dont voici l'histoire clinique complète.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de quarante ans, c'est-à-dire jusqu'en 1897. A cette date est apparu un lipome à la région sacrée après un traumatisme, puis une tumeur semblable prétrachéale exactement sur le milieu du cou. Puis sont apparues, dix-huit mois après, deux tuméfactions symétriquement placées dans les régions auriculo-mastoïdiennes. Leur développement progressif donne à la figure un aspect spécial en poire. Il y avait un bourrelet volumineux allant d'une oreille à l'autre en passant par la région sus-hyoïdienne. Le bourrelet précervical médian descend jusqu'à l'articulation des deux premières pièces du sternum. Ces tumeurs sont lobulées, sous-cutanées, non adhérentes à la peau et s'infiltrant profondément. Petit lipome dans le creux de l'aisselle droite. Pas de troubles de la déglutition ni de la respiration.

Le 9 octobre 1899, je pratique une incision en U allant d'un lobule de l'oreille à l'autre et passant sous le menton. Je fais à droite l'ablation des lipomes latéraux et médians du cou. J'enlève un prolongement rétro-sternal intra-médiastinal. Au cours de la dissection, difficile à droite, le facial et la parotide ont été lésés, car une paralysie momentanée de l'orbiculaire des paupières et une fistule parotidienne momentanée ont été observées.

L'examen histologique des masses enlevées a été pratiqué par

M. A. Pettit. Il s'agit de tissu graisseux pur. Les ganglions légèrement hypertrophiés qui ont été enlevés en même temps que le lipome ne présentent pas de lésion structurale.

Comme je l'ai dit, j'ai présenté ce malade ici, en 1901. Après l'opération, il semble qu'il y ait eu un temps d'arrêt dans l'évolution des tumeurs.

Mais bientôt cette lipomatose générale s'aggrave; de nouvelles tumeurs apparaissent et localement dans la nuque et dans les creux sus-claviculaires et axillaires, les régions intercostales et lombaires, etc.

Le malade revient me voir en février 1907 à l'Hôtel-Dieu. Voici ses photographies. La tuméfaction lipomateuse occupe les régions sous-maxillaire, parotidienne, rétro-maxillaire, la nuque, la région sternale, les aisselles, les régions mammaires, la région sus et sous-ombilicale, la région sacrée, la région deltoïdienne, le pli du coude, le pli de l'aine.

Le malade a une dyspnée très intense. Ses yeux sont congestionnés, le voile du palais est œdématié. La déglutition n'est pas gênée. Le malade tousse fréquemment. Une bronchite se déclare et le malade succombe littéralement asphyxié.

A l'autopsie on voit que les organes du médiastin sont noyés dans une masse de tissu graisseux se continuant avec celui du cou. Ils ne sont pas déformés par les tumeurs. Le cœur est hypertrophié. Les poumons sont congestionnés, œdémateux. Pas de lipomatose dans l'abdomen. Les reins sont gros, congestionnés. Les capsules surrénales sont saines, le foie pèse 1.650 grammes, couleur muscade. Le corps thyroïde semble normal.

Epiploïte herniaire avec fragment pédiculisé et menacé de torsion.

M. Mauclaire. — Plusieurs cas de torsion épiploïque ont été présentés ici. Voici un cas de déformation épiploïque dans un sac de hernie crurale étranglée chez une femme de cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital Dubois en juin 1907.

La hernie datait de dix-sept ans. Elle s'était étranglée deux fois et avait été réduite par le taxis chaque fois. Troisième étranglement en juin dernier. Je trouve l'épiploon herniaire très déformé; il y a une très grande quantité d'épiploon dans le sac; le bord de l'épiploon est induré, épaissi, comme godronné. Au milieu un fragment est isolé, pédiculisé et menacé de torsion.

Non seulement la torsion serait facile, mais le pédicule pourrait se rompre et le fragment épiploïque former un corps étranger herniaire ou péritonéal, corps étrangers sur la pathogénie desquels on a beaucoup discuté (1). Enfin, je me demande si dans les acci-



(Dessin dû à l'obligeance de M. Pichon, externe du service.)

dents d'étranglement observés chez le malade il ne s'était pas agi de torsion épiploïque.

Présentation d'instrument.

Nouvel intubateur pour le tubage.

M. Mascarenhas. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un nouvel appareil à tubage, que nous avons eu l'idée de faire quelques jours après notre entrée aux Enfants-Malades comme interne.

Notre appareil, nous l'avons adapté aux différents tubes de Sevestre, de O'Dwyer et de Marfan. Il est essentiellement formé d'une tige rigide et légèrement courbe dans laquelle glisse un anneau spécial pouvant s'adapter à tous les doigts.

(1) Voir thèse de Pierreson, Paris, 1901, et Mauclaire : Torsions épiploïques. *Revue de chirurgie abdominale et gynécologique*, juillet 1904.

A son extrémité laryngée, il existe un dispositif spécial destiné à maintenir le tube qui doit rester dans le larynx. Enfin sur le côté on voit un petit support prêt à recevoir la pulpe de l'index et sur lequel on peut appuyer très fortement.

Pour s'en servir, on peut agir de trois façons différentes :

Première méthode. — Dans un premier cas (méthode de choix), l'appareil fait corps avec l'index droit de telle sorte que l'anneau embrasse la deuxième phalange et la pulpe de l'index presse fortement sur le petit support sans le dépasser.

Pour le faire pénétrer dans le larynx, on dirige le tube à introduire parallèlement à la face dorsale de la langue jusqu'à sa base. Donnant ensuite à la tige de l'appareil un mouvement de bas en haut, nous transmettons nécessairement au tube un mouvement inverse qui le force à s'introduire de plus en plus dans la bouche et puis dans le larynx.

L'introduction complète est réalisée par l'index gauche qui presse sur le pavillon du tube et par un mouvement de recul de l'introducteur qui est par la même occasion retiré de la bouche.

Dans les deuxième et troisième cas, l'introduction est pratiquée de la même manière, mais nous tubons, soit en mettant l'anneau au niveau de la troisième phalange, soit en ajoutant un petit support que l'on place à la hauteur voulue et qui empêche de cette façon de faire pénétrer à la fois deux doigts dans la bouche.

Le premier procédé nous a toujours donné de bons résultats et nous avons eu déjà l'occasion de l'appliquer maintes fois sur le cadavre et une fois chez un enfant vivant de six ans et demi.

Nous avons même été frappé avec quelques-uns de nos camarades d'hôpital de la précision avec laquelle le tubage était pratiqué à l'aide de ce petit appareil.

Les deuxième et troisième procédés ont été imaginés pour des cas exceptionnels tels que voûte palatine aplatie, ou pour les cas où il serait impossible de manœuvrer un intubateur ordinaire.

Nous croyons donc faire œuvre utile en présentant à la Société notre intubateur, que nous croyons pouvoir recommander non seulement pour sa facilité d'introduction mais aussi pour sa simplicité et son prix bien plus modéré que les appareils du même genre.

Élection.

NOMINATION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Dans la séance du 24 juillet 1907, la Société de chirurgie a procédé à l'élection d'un membre titulaire.

M. Souligoux a obtenu 28 voix. En conséquence, M. Souligoux a été nommé membre titulaire de la Société.

La prochaine séance aura lieu le premier mercredi d'*octobre* 1907.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1907

Présidence de M. NÉLATON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des mois d'août et septembre.

2°. — M. COVILLE (d'Orléans) : *Notes sur deux observations d'abcès sous-périostés.* — M. DELBET, rapporteur.

A propos de la correspondance.

Lecture de M. le Dr ALIVISATOS (d'Athènes), intitulée : *Rupture traumatique de la Rate et de l'Estomac, avec déchirure de l'Epiploon, chez un paludique; splénectomie.* Guérison. — M. WALTHER, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'aspiration dans les pleurésies purulentes.

M. J. VANVERTS, *membre correspondant.* — L'aspiration du pus pleural après l'ouverture de la plèvre, qu'elle soit assurée à l'aide d'une ventouse ou d'un siphon, constitue un moyen précieux

d'accélérer la guérison en assurant une complète évacuation du pus et en exerçant une attraction sur le poumon rétracté. Le siphon est peut-être préférable à la ventouse, mais celle-ci est seule applicable chez les enfants.

L'emploi de la ventouse m'a donné un excellent résultat dans le cas suivant que je me bornerai à résumer.

Une enfant de vingt-deux mois fait, à la suite d'une pneumonie du sommet gauche, une pleurésie purulente que l'examen clinique, uni à la radioscopie, permet de placer dans la région interlobaire. Une ponction, pratiquée dans le 6e espace intercostal, au niveau de la limite inférieure de la zone sombre, ramène du pus.

Le 27 juillet, je pratique, en arrière de la ligne axillaire postérieure, une incision de 3 à 4 centimètres qui me permet de réséquer 4 centimètres de la 7e côte. J'évacue un pus verdâtre, peu épais, sans paquets de fausses membranes. Mon doigt pénètre dans une cavité limitée en haut et en bas par du poumon non induré. Je place dans l'ouverture deux drains n° 32 qui dépassent peu la plèvre pariétale.

Le lendemain, la température, qui était le soir de l'opération à 39°9, tombe à 36°8.

Chaque jour, le Dr Paucot, médecin de l'enfant, pratique deux séances d'aspiration au niveau de la plaie avec une grosse ventouse, après avoir retiré les drains. Le premier jour, l'ampoule de la ventouse est complètement remplie de pus et de fausses membranes. La quantité de pus diminue les jours suivants et, à la date du 31 juillet, l'aspiration ne retire plus chaque fois que quelques gouttes de liquide. Les dernières fausses membranes sont expulsées le 30 juillet.

Le pus qui s'était écoulé jusqu'au 31 juillet était peu épais, verdâtre, semblable à celui qui avait été expulsé le jour de l'opération. La température ne s'était pas relevée, mais oscillait entre 37 degrés ou 36°9 le matin et 37°5 à 37°8 le soir (température rectale). L'enfant, dont l'état général s'était notablement amélioré, toussait encore fréquemment.

Le 31 juillet, deux heures après la séance quotidienne d'aspiration, la mère s'aperçoit que l'enfant est inondée de pus qui coule le long du dos. Dans la nuit, pour la première fois, l'opérée dort sans tousser.

Le 1er août, le Dr Paucot défait le pansement et constate qu'il est rempli de pus épais, jaune verdâtre, différent par conséquent de celui qui s'était écoulé jusqu'à ce jour. L'aspiration ramène deux verres à liqueur de pus.

A partir de ce moment, la température tombe à 36°5 et ne remonte plus au-dessus de 37 degrés. La toux disparaît et l'état général devient parfait.

A partir du 2 août, la ventouse d'aspiration adhère mal; au bout de quelques secondes, elle se détache et tombe. Ce défaut d'adhérence n'est pas dû à une lésion de l'appareil; il résulte de ce fait que de l'air pénètre de la plèvre dans la ventouse sous l'influence des mouvements respiratoires. Il s'est donc produit une fistule pleuro-pulmonaire.

Cette fistule se ferme à partir du 9 août, car ce jour-là la ventouse reste adhérente.

Le 10 août, on retire le drain. La cicatrisation est complète le 23 août.

Je ne veux insister que sur la question de l'ouverture du second abcès. Cette seconde collection, dont le contenu était tout différent de la première, ouverte chirurgicalement, était-elle intrapulmonaire ou intrapleurale? Il est difficile de le dire. La production d'une fistule pleuro-bronchique peu de temps après l'ouverture spontanée de ce deuxième abcès et le rejet de son contenu au dehors semble cependant en faveur du siège pulmonaire. Quoi qu'il en soit, le fait intéressant consiste dans cette ouverture spontanée et sur le rôle de l'aspiration dans la production de cette ouverture. Il ne me semble pas douteux que l'aspiration ait agi ici d'une façon particulièrement efficace en déterminant l'ouverture de l'abcès pleural ou pulmonaire dans la cavité de la première poche incisée.

Lipome de l'aisselle.

M. H. Morestin. — Bien que les lipomes axillaires soient exceptionnels, j'ai eu déjà l'occasion d'en observer trois exemples.

Le premier cas a été publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* (mars 1901).

Il s'agissait d'une tumeur développée chez une jeune femme qui présentait en outre un lipome de la paroi abdominale, tumeur multilobée, présentant au centre de chacun de ses lobes un noyau dur et grisâtre. L'examen microscopique montra que ces petites masses dures, noyées dans une atmosphère lipomateuse, étaient en réalité des adéno-fibromes développés aux dépens d'une glande mammaire aberrante.

Dans le second cas, également présenté à la Société anatomique (avril 1904), la masse graisseuse, purement graisseuse, remplissait et débordait l'aisselle, déterminant par son poids une gêne très grande au point que la malade, pourtant octogénaire, était venue elle-même à en réclamer instamment l'ablation.

J'ai déposé au Musée Dupuytren de belles photographies montrant le développement considérable de la tumeur.

En 1904, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai recueilli en outre une troisième observation demeurée inédite. Ici encore il s'agissait

d'une femme âgée d'une trentaine d'années qui était atteinte d'une luxation congénitale bilatérale de la hanche, indépendamment de la lésion qui nous intéresse, lésion elle-même bilatérale. Dans chaque aisselle, à la partie antérieure, existait une saillie mollasse, pendante, simulant une petite mamelle, mais ne présentant à sa surface aucune saillie mamelonnaire, aucune pigmentation.

A travers les téguments, parfaitement sains, la palpation montrait la tumeur molle, pâteuse, grossièrement lobulée, indolente, et ne laissait en somme aucun doute sur le diagnostic de lipome. Des deux côtés mêmes constatations, à cela près qu'à droite la tumeur était deux fois plus volumineuse qu'à gauche.

La malade n'en était aucunement incommodée; mais, un peu ennuyée de la présence de ces pseudo-mamelles, elle consentit à être opérée, au mois d'août 1904. L'intervention fut des plus simples et je crois inutile de la décrire ni d'en mentionner les suites. J'examinai avec le plus grand soin les masses extirpées, cherchant quelque vestige de glande mammaire, de ganglion lymphatique, sans rien découvrir ni dans l'une ni dans l'autre que du tissu adipeux.

Ce dernier fait est un exemple assez curieux de lipomes symétriques.

Ces exemples suffisent à montrer que les lipomes axillaires ne sont pas dépourvus d'intérêt. Leur étiologie surtout mérite d'être étudiée avec plus de soin ; il est possible que des glandes mammaires ectopiques interviennent parfois dans leur formation. Remarquons d'ailleurs à l'appui de cette interprétation que ces lipomes paraissent plus fréquents chez les femmes, et d'autre part que les mamelles axillaires rudimentaires ne sont pas excessivement rares.

Communication.

Ostéome du maxillaire inférieur,

par M. H. MORESTIN.

Étant à la Martinique en 1905, j'ai eu l'occasion d'opérer un jeune nègre atteint d'un très volumineux ostéome de la mâchoire inférieure. La rareté extrême de ces tumeurs m'engage à relater son observation, qui par plus d'un point rappelle le cas inté-

ressant communiqué il y a quelques années à la Société par M. Berger.

Mon malade, Jean-Charles Victorius H..., cultivateur sur une plantation de canne à sucre, au bourg du Robert, Martinique, avait été pris en 1902 de douleurs dans les dents et la mâchoire inférieure, du côté droit. Au bout d'un temps qu'il ne précise pas bien, deux grosses molaires devinrent mobiles et furent arrachées successivement. Les douleurs se calmèrent peu à peu au bout de quelques mois, mais une sorte de gonflement, de tuméfaction permanente se montra au niveau de la mâchoire et ne cessa d'augmenter.

Victorius avait environ dix-neuf ans, au moment de l'apparition des premières douleurs. Il en avait vingt-deux quand je le trouvai au mois de mars 1905, à l'hospice de Fort-de-France, dans le service du Dr Bouvier, mon excellent et vieil ami, où il séjournait depuis quelque temps déjà.

Il présentait alors une déformation considérable de la face ; une tuméfaction énorme s'était développé à droite au niveau du maxillaire inférieur, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au menton, depuis la partie moyenne de la joue jusqu'au voisinage de la ligne médiane dans la région sus-hyoïdienne. A la partie la plus saillante de la tuméfaction siégeait un orifice fistuleux entouré de bourgeons blafards et donnant issue à de la sérosité louche.

A la palpation on sentait sous les téguments épaissis, peu mobiles, parcourus par de grosses veines, une masse très dure, et d'une dureté uniforme, occupant toute la partie horizontale de la moitié droite du maxillaire et la naissance de la branche montante. La surface assez régulière présentait cependant quelques vagues bosselures. En aucun point la pression ne déterminait la crépitation parcheminée que l'on observe parfois en examinant les tumeurs incluses dans les mâchoires. L'examen de la bouche, assez malaisé, l'écartement des mâchoires étant assez limité, montrait le cul-de-sac gingivo-génien effacé par la tumeur, et permettait également de constater la saillie de celle-ci à l'intérieur de l'arc maxillaire, refoulant la langue vers la gauche.

Les deux premières grosses molaires manquaient ; c'étaient les deux dents qui avaient été arrachées au début de la maladie. En arrière des petites molaires, la muqueuse gingivale formait un pont de 2 centimètres environ ; plus loin on percevait une surface osseuse présentant les caractères de l'os nécrosé, émergeant d'une ulcération de la gencive, en avant et en dedans de la dernière molaire, dont la couronne était inclinée, à demi renversée en dedans, et tout contre cette molaire.

Cette surface osseuse appartenait, sans aucun doute, à un

fragment nécrosé, mais il n'était pas possible de soupçonner le volume du séquestre, ni même de s'assurer de sa mobilité. Toutes les dents, en dehors des deux qui manquaient, étaient saines et magnifiques. Le malade ne souffrait plus, et les pressions exercées au cours de notre examen ne parurent réveiller aucune souffrance. Il n'y avait jamais de fièvre.

Le sujet avait conservé un appétit vorace, et pouvait, en dépit de sa tumeur, s'alimenter à peu près à son ordinaire. Ces nègres se nourrissent surtout, en effet, de farine de manioc, de légumes farineux très cuits, de bananes, de fruits, et ne mangent, pour ainsi dire, jamais de pain ni de viande. Il était cependant amaigri, mou et apathique. En dehors de la lésion précitée, il ne présentait absolument rien méritant d'être signalé.

Le diagnostic présentait de grandes difficultés, et j'envisageai plusieurs hypothèses. S'agissait-il d'une ostéomyélite prolongée avec énorme hyperostose, d'un odontome gigantesque, d'un épithélioma adamantin, d'une variété de kyste des mâchoires, d'un volumineux enchondrome? Je rejetai successivement toutes ces suppositions et m'arrêtai finalement au diagnostic de sarcome, qui semblait de beaucoup le plus probable, et en conséquence décidai de pratiquer la résection de la moitié correspondante de la mâchoire.

L'opération eut lieu le 27 mars 1905. Elle fut assez laborieuse, à cause du manque de souplesse des parties molles autour de la tumeur et de leur vascularisation anormale; mais néanmoins l'intervention fut régulière, classique. Je sacrifiai une large bande de téguments répondant à la partie la plus saillante de la tumeur et comprenant la fistule. Le maxillaire fut scié au voisinage de la ligne médiane. Après libération de la tumeur tant en dehors que du côté du plancher buccal, l'incisive médiane droite fut arrachée, le maxillaire scié verticalement à ce niveau, ce qui restait du plancher buccal fut alors sectionné d'avant en arrière, le masséter et le ptérygoïdien interne furent également sectionnés et la branche montante, saisie avec le gros davier, tordue et arrachée. Après hémostase, je suturai la muqueuse de la joue et de la lèvre à celle du plancher et pus ainsi isoler presque complètement la plaie de la cavité buccale. La plaie cutanée fut suturée incomplètement, laissant passer en arrière les mèches, tamponnant énergiquement l'excavation laissée par l'extirpation de la branche montante.

Les suites furent très bonnes. Dès le lendemain de l'opération, l'opéré put s'alimenter avec des liquides et se lever. Il était complètement guéri dans le délai d'un mois. Depuis cette époque j'ai eu à plusieurs reprises de ses nouvelles. Je sais qu'il est retourné sur sa plantation de canne à sucre, qu'il a pris de

l'embonpoint, qu'il est parfaitement bien portant et content de son sort et qu'il n'est aucunement gêné pour s'alimenter. Qu'il y ait une déviation de la partie restante de la mâchoire vers le côté opéré, je le crois, puisque c'est le sort commun de ces malades, mais je pense que cette déviation doit être modérée, la cicatrisation ayant été très rapide, et la réunion obtenue par première intention du côté de la muqueuse.

Toujours est-il que le sujet n'en est nullement incommodé, et d'autant moins que l'alimentation des nègres de la Martinique se compose presque exclusivement de fruits, de légumes très cuits et de manioc.

Mais l'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'étude de la pièce que j'ai rapportée dans du tafia, faute d'autre liquide conservateur, et déposée au Musée Dupuytren.

Déjà, au cours de l'intervention, j'avais pu m'assurer que la tumeur était entourée en dehors, en bas et en dedans d'une coque osseuse, qu'elle était logée dans l'épaisseur du maxillaire, ce qui d'ailleurs ne permettait en rien de préjuger de sa nature ni de ses connexions avec le tissu osseux qui l'enveloppait. Sur la pièce enlevée, je constatai que la coque, osseuse, épaisse, très résistante et inflexible à la partie externe et au niveau du bord inférieur de la mâchoire, était au contraire mince et dépressible en dedans.

Sur la face externe, à la hauteur des petites molaires, deux orifices superposés : l'inférieur présentait 1 centimètre de diamètre, l'autre 5 millimètres. Au point où avait passé le trait de scie antérieur, l'os était encore beaucoup plus volumineux et plus dense qu'à l'état normal. La muqueuse gingivale étalée à la partie supérieure de la tumeur était chroniquement enflammée et ulcérée autour de la surface nécrosée apparente en arrière, mais ne présentait aucune apparence néoplasique. Je sectionnai le pont muqueux séparant la 2e petite molaire de la 3e grosse molaire et de la surface osseuse voisine. J'aperçus alors une grosse masse grisâtre, ressemblant à un galet souillé de boue, couchée dans une loge formée par l'écartement des deux lames compactes du maxillaire. C'était sa partie tout à fait postérieure qui émergeait à travers une perte de substance de la muqueuse gingivale (fig. 1). Cette masse remplissait exactement sa loge, et c'est à peine si l'on pouvait lui imprimer quelques légers déplacements. Je pus cependant l'extraire sans difficulté en la soulevant avec un instrument formant levier et en brisant quelque peu la paroi interne de la coque. La cavité laissée libre par son ablation (fig. 2) était tapissée de bourgeons charnus, humectés d'une mince nappe de pus. Des deux orifices que nous avons mentionnés à la face externe, l'infé-

rieur aboutit à cette cavité ; c'est lui qui était en rapport avec la fistule cutanée. C'est un orifice pathologique.

L'autre est le trou mentonnier agrandi, modifié par le travail pathologique qui a bouleversé le maxillaire autour de la tumeur incluse. La présence d'un bouquet nerveux sortant par cet orifice pour pénétrer dans les parties molles suffit à établir son identité. Sur le rebord de l'excavation on voit en arrière la dent de sagesse basculée, sa face triturante dirigée presque directement en dedans. A la partie antérieure la racine de la deuxième petite molaire



Fig. 1.

repoussée par la tumeur est tordue, déviée en dehors et repoussée en avant, débordant celle de la première. Cette racine est pour ainsi dire à nu et la dent était menacée d'une chute prochaine. Ces dents sont parfaitement saines, de même que la 1re prémolaire, la canine et les incisives enlevées en même temps. La cavité est tapissée de bourgeons charnus reposant sur une sorte de stratum fibreux. On arrive à détacher sur une assez grande étendue cette membrane du plan osseux sous-jacent, principalement au niveau de la paroi externe. Son décollement met à découvert les racines de la 3e grosse molaire. Je n'ai pu m'assurer de l'état des vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs, évidemment refoulés vers la partie inférieure de l'excavation, étalés et comprimés.

La masse qui était incluse dans cette loge est manifestement osseuse. Elle est aplatie d'un côté à l'autre et présente plusieurs sillons séparant des parties renflées (fig. 3). Ses plus grandes dimensions sont dans le sens vertical 7 centimètres, et 7 cent. 1/2 dans le sens antéro-postérieur. Sa surface est rugueuse, grenue, couverte de petites irrégularités, comme corrodée. Sa partie inférieure est arrondie, son bord supérieur est presque horizontal. Sur ce bord on distingue des traces d'alvéoles qui semblent avoir appartenu aux dents ou à l'une des dents dont la chute s'est produite au moment où la maladie commençait à se manifester.

Ces dépressions ne sont devenues visibles qu'après section du pont muqueux.

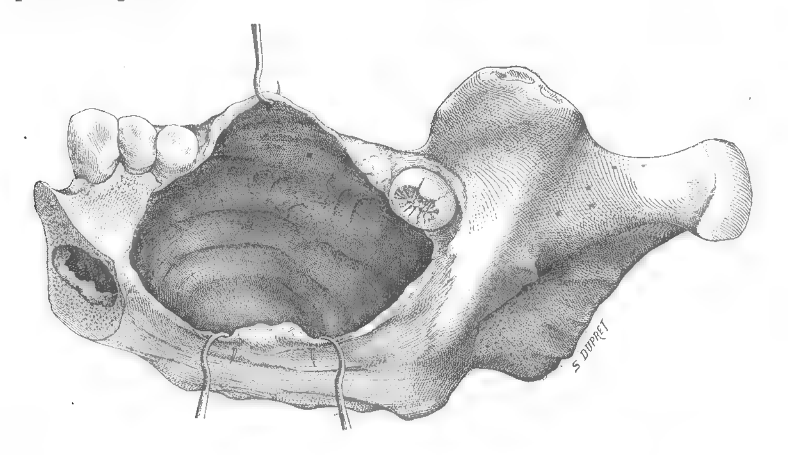


Fig. 2.

Ce bord offre en arrière un petit prolongement sur lequel on remarque deux surfaces légèrement creusées, usées, lisses, polies, deux surfaces de frottement. C'est ce prolongement qui traversait la muqueuse et se montrait à découvert dans la cavité buccale.

L'une des surfaces de frottement petite et située sur sa partie externe répondait à la couronne de la dent de sagesse; l'autre, regardant directement en haut, entrait en contact avec la troisième grosse molaire de la mâchoire supérieure. Le poids de cette masse est de 115 grammes, et ce poids est très élevé par rapport au volume. Sa dureté est extrême, et l'on a eu beaucoup de peine à la scier. La coupe est homogène et offre partout la consistance et l'aspect du tissu osseux éburné.

Cette tumeur rappelait par plus d'un point les caractères des odontomes, mais d'une part la dentition selon toute apparence avait été complète et d'autre part un examen scrupuleux ne révé-

lait en aucun point de la masse aucune formation que l'on pût considérer comme une dent, où même l'on pût soupçonner les éléments reconnaissables des tissus dentaires.

Indécis au sujet de la nature de la lésion et me demandant s'il fallait voir là un ostéome pur, ou chercher son origine dans le système dentaire, je m'adressai à notre savant collègue M. Letulle, espérant qu'une étude microscopique approfondie mettrait un terme à toute hésitation.

M. Letulle a apporté beaucoup de soin et de patience à ce travail ingrat. Il a fini par se faire une opinion très ferme et pense qu'il s'agit certainement d'un ostéome.

Je ne saurais mieux faire que de reproduire ici la note détaillée qu'il a bien voulu me remettre :

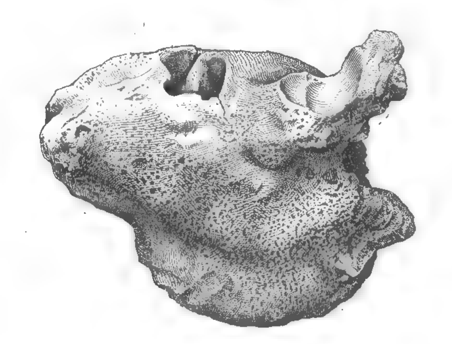


Fig. 3.

« La tumeur, dans son ensemble, est constituée uniquement par des *bourgeons osseux* ayant végété sans ordre et laissant entre eux des intervalles occupés par du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins. Sur les coupes bien orientées, chacun des bourgeons osseux paraît à peu près régulièrement circulaire. La cohérence de plusieurs bourgeons leur impose, aux points de contact, quelques déformations plus ou moins anguleuses, mais la forme générale des amas reste polycyclique.

« Il n'y a pas d'axe vasculaire bien régulier au centre de chaque bourgeon osseux. A un plus fort grossissement cependant, il est aisé de constater que chaque masse, formée de tissu osseux caractéristique, est sillonnée de place en place par des cavités vasculaires diversement orientées et de dimensions variables, ne dépassant guère celles que l'on peut trouver dans un os ordinaire et qui y constituent les canaux de Havers.

« Ici, ces canaux vasculaires s'anastomosent les uns avec les autres dans tous les sens, à la façon des vaisseaux de gros

« bourgeons charnus », et n'affleurent que rarement à la surface de la masse osseuse.

« Cette *surface* apparaît en général densifiée, plus fortement colorée par les différents réactifs que le centre du bourgeon osseux. Malgré les multiples techniques que j'ai employées, il m'a été impossible d'y déceler quelques signes ou figures rappelant nettement la structure de l'ivoire, si spécifique grâce à l'aspect strié que lui donnent les tubes engainant les fibres de Tomes, prolongements d'odontoblastes auxquels il fallait bien penser, à propos de cette tumeur dure et bosselée développée à l'intérieur du maxillaire, et aussi parce que les éléments inclus à l'intérieur du bourgeon osseux (et dont nous allons parler) sont des *cellules ramifiées*.

« La surface des bourgeons osseux n'est d'ailleurs ainsi *densifiée* que dans les points où elle contribue à limiter les fentes ou espaces conjonctivo-vasculaires décrits au début. Elle paraît, d'une façon générale, plutôt amorphe que striée.

« A un fort grossissement on peut étudier les cellules enclavées dans l'épaisseur des bourgeons tumoraux. Ces cellules, difficilement colorables par les techniques courantes (la pièce ayant été conservée dans un alcool défectueux), ont tous les caractères d'*ostéoplastes*; leur noyau, unique, est volumineux. Les cavités ostéoplastiques qui les enserrent sont bien plus aisées à mettre en lumière, soit qu'elles apparaissent imprégnées en noir plus ou moins foncé, soit que leurs limites seules dessinent une ligne brillante, peu foncée, tranchant sur le tissu amorphe, pâle, qui les englobe.

« Les cavités ostéoplastiques montrent leurs prolongements multiples qui s'enfoncent au loin dans la gangue osseuse environnante. Plus d'une fois on parvient à suivre les anastomoses qui relient l'une à l'autre deux ou plusieurs cellules ostéoplastiques adjacentes.

« Nul doute, ainsi, n'est possible. Les dimensions et la forme des cavités ostéoplastiques en question sont fort inégales, irrégulières. C'est ainsi que j'ai pu en mesurer qui avaient : 6μ5/7μ5, 7μ5/10μ; dimensions moyennes, 8μ7/11μ2; mais d'autres, beaucoup moins arrondies, plus longues, atteignaient, par exemple, 6μ2/12μ5, et même, chiffres extrêmes, 7μ5/22μ5.

« Ces dernières cavités ostéoplastiques offraient un caractère intéressant : elles occupaient plusieurs plans, avaient une allure onduleuse et, enfin, elles s'anastomosaient avec une ou plusieurs petites cavités extrêmement réduites, quoique munies de leurs prolongements spécifiques et ne dépassant pas 3 à 4 μ. Il est logique de considérer tous ces éléments anormaux comme mar-

quant la preuve de la malformation exubérante, à la vérité, mais désordonnée, atypique, du tissu osseux tumoral.

« *En résumé*, il s'agit non pas (comme je l'aurais bien voulu !) d'un odontome, mais d'un ostéome fort curieux, végétant en diable et donnant, trait pour trait, l'image d'un énorme agrégat de bourgeons charnus qui, tout d'un coup, et par une force qui nous est inconnue, auraient subi la transformation ossifiante diffuse.

« *Nota.* — Il n'y a pas trace d'*ostéoblastes* dans les cavités conjonctivo-vasculaires intercalaires aux bourgeons ossifiés. »

Au moment de l'intervention la tumeur était isolée de toute connexion avec les parois de sa loge osseuse ; c'était une tumeur morte, se comportant comme un énorme séquestre.

Sa loge était le siège d'une infection chronique, contemporaine de la perforation de la muqueuse gingivale ou de la période de vives douleurs accusées par le malade.

L'examen de la pièce montre que la guérison aurait pu être obtenue par une opération moins mutilante et plus simple. L'extraction de l'ostéome eût été assez facile, même en opérant par la bouche, mais elle eût été insuffisante ; il aurait fallu y joindre la résection à la pince gouge des parois de l'excavation dans la plus grande partie de leur étendue. Mais on aurait pu garder la branche montante tout entière et la partie de la branche horizontale supportant les incisives, la canine et la première petite molaire.

Un examen plus minutieux et surtout plus prolongé du sujet m'aurait peut-être permis de serrer de plus près le diagnostic, et je regrette de n'avoir eu l'attention attirée vers la possibilité d'une de ces tumeurs exceptionnelles.

Dans le cas particulier, le volume de la tumeur, l'épaississement considérable des parties molles, les grosses veines superficielles, l'aspect de la déformation donnaient bien l'impression d'un sarcome. La rareté des tumeurs analogues à celles dont nous venons de relater l'histoire expose à ces erreurs, et forcément l'on incline à penser plus volontiers aux affections les plus fréquentes et à se déterminer en conséquence.

M. Kirmisson. — L'évolution des dents a-t-elle été régulière?

M. Morestin. — Absolument. L'apparence de dent qu'on aperçoit sur la tumeur est un fragment de l'ostéome usé contre les dents de la mâchoire supérieure.

Présentations de pièces.

Constipation congénitale, liée à une atrophie du côlon pelvien.

M. Henri Hartmann. — Mon élève et ami, M. Okinczic, prosecteur à la Faculté, a déjà eu l'occasion de faire, dans mon service, avec la collaboration de M. Vaillant, radiographe de l'hôpital Lariboisière, un certain nombre de skiagrammes du gros intestin. La radiographie que je vous présente aujourd'hui me semble particulièrement intéressante. Elle a été faite sur une fillette de cinq ans atteinte de constipation congénitale. Dès les premiers jours de la vie la maladie se traduisit par une expulsion difficile du méconium que l'on dut provoquer par l'administration d'un lavement de 5 centimètres cubes de glycérine.

L'enfant, qui était née le 16 octobre 1902, avec six doigts (un pouce surnuméraire), a constamment souffert de l'intestin; elle n'a jamais eu d'évacuation spontanée et a toujours pris des lavements; les quelques fragments de matière moulée, qu'on trouvait au milieu du liquide des lavements, étaient très étroits. Tous les traitements ont été essayés, laxatifs, massage, électrisation. Pendant les deux premières années de la vie, l'état général a été mauvais, l'enfant n'a marché qu'à trois ans; depuis lors elle s'est assez bien développée et a atteint la moyenne des autres enfants de son âge. Poids : 18.000 grammes; taille : 97 centimètres.

Le Dr Erlanger, appelé à lui donner ses soins depuis deux ans environ, nous écrit qu'à ce moment l'enfant souffrait d'une constipation opiniâtre ; le ventre était constamment ballonné. L'état resta le même jusqu'en mai 1906; à ce moment le médecin constata près de l'ombilic l'existence d'une masse indurée qui lui fit penser à une plaque de péritonite tuberculeuse. Cette masse diminua, changea d'aspect, prit une forme plus globuleuse.

Pendant tout ce temps, après avoir essayé bien des médicaments, on en est venu aux lavages quotidiens de l'intestin. Avec un bock et une sonde de Nélaton on injecte un litre à un litre et demi d'eau. Souvent on a toutes les peines du monde à faire rendre l'eau du lavement. On redonne un lavement glycériné, souvent sans effet aussi.

L'enfant reste quelquefois six semaines, n'évacuant rien ou presque rien; puis un jour elle est prise de douleurs violentes et arrive à évacuer d'un coup une quantité énorme de matières. A partir de ce moment elle est bien, le ventre redevient plat et tout va bien jusqu'à ce que les accidents recommencent. Pendant

les jours qui précèdent ces évacuations, l'état est mauvais, la figure devient jaune, il y a des douleurs de ventre, des vomissements.

Lorsque nous examinons l'enfant, nous constatons l'existence

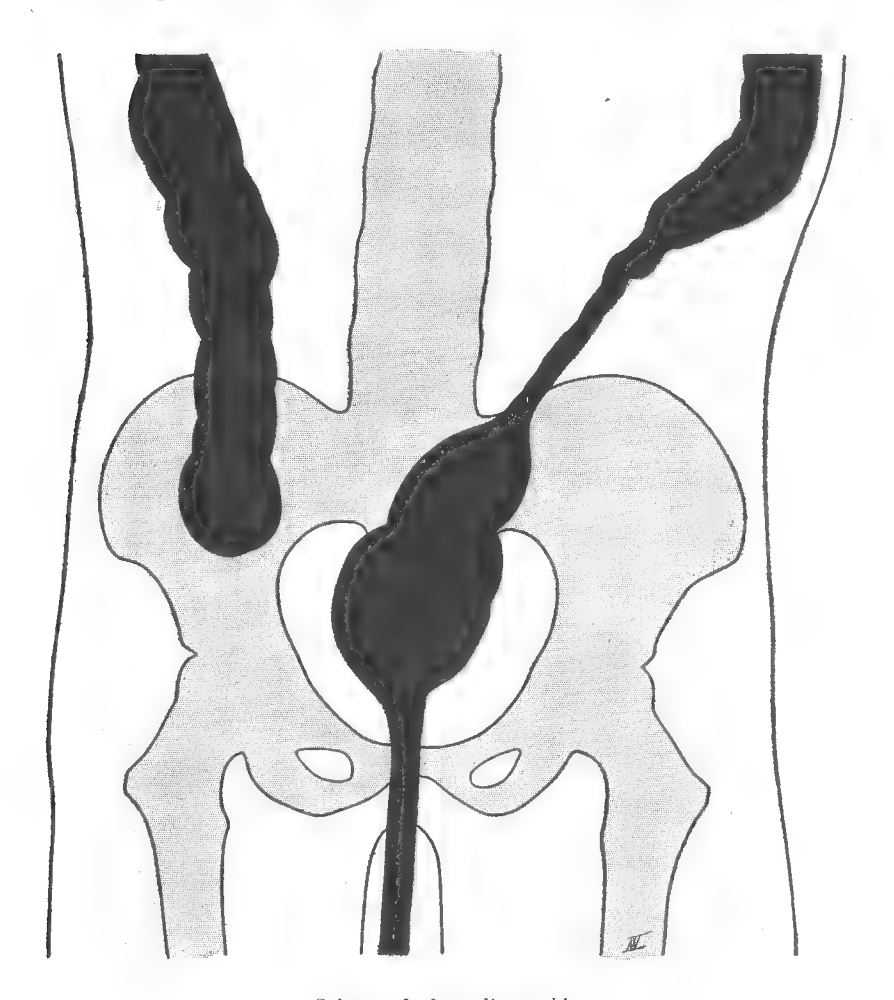


Schéma de la radiographie.

d'une tuméfaction au voisinage de l'ombilic et dans l'hypogastre, tuméfaction au niveau de laquelle nous voyons se produire, à la suite de la palpation, des ondes péristaltiques manifestes. Le toucher rectal montre une ampoule vide, sans rien de particulier.

Dans ces conditions nous pensons à un obstacle siégeant au-dessus du rectum sur le côlon pelvien, et demandons à notre

élève Okinczic de vouloir bien faire un skiagramme du gros intestin.

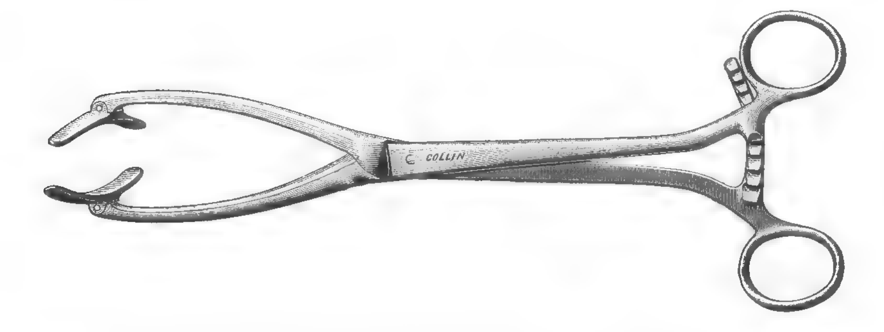
Je vous le présente en ce moment. Il est facile de constater que les côlons, ascendant, transverse et descendant, de même que l'ampoule rectale, ne présentent rien de particulier; qu'au contraire, entre l'ampoule et le côlon descendant, le côlon pelvien se trouve remplacé par un cordon étroit.

En somme, il s'agit manifestement d'une atrophie congénitale du côlon absolument comparable à celle qu'a observée sur le cadavre M. Okinczic et qui se trouve figurée dans son mémoire sur l'anatomie chirurgicale du côlon, mémoire publié dans notre troisième série de travaux anatomo-cliniques (1).

Présentation d'instrument.

Pince à traction.

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Collin, une nouvelle pince à traction. Elle est surtout destinée à soulever l'utérus, lorsqu'il ne doit pas être enlevé, et à éviter les piqûres saignantes des griffes des pinces de Museux. Déjà des pinces à mors mousses ont été faites avec cette destination.



La disposition nouvelle de cette pince consiste dans l'articulation à charnière des mors, mousses et transversaux, avec les

(1) Hartmann. *Travaux anatomo-cliniques.* Troisième série, chirurgie de l'intestin, en collaboration avec MM. Lecène et Okinczic. Paris, 1907, p. 132, fig. 105.

branches. Il en résulte que la traction sur les branches fait basculer les mors autour de leur grand axe transversal, resserre par conséquent la prise de ces mors en les faisant appuyer par un bord sur l'utérus à soutenir.

En somme, la prise est d'autant plus solide que la traction est plus forte.

Je crois que cette disposition ingénieuse nous donnera là un instrument très maniable et qui pourra rendre de réels services.

M. Legueu. — Cette pince est surtout avantageuse dans les cas où l'on ne doit pas enlever l'utérus.

M. Demoulin. — Cette pince peut être utilisée dans les cas de cancer du corps de l'utérus pour éviter l'inoculation par les débris de cancer, que produisent les pinces de Museux.

En raison du Congrès de chirurgie, la prochaine séance n'aura lieu que le **mercredi 16 octobre.**

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre des élèves et des amis du Dr Kœbelé (de Strasbourg), ouvrant une souscription pour fêter le Jubilé octogénaire de l'illustre chirurgien.

3°. — Lettre de M. Gernez, annonçant le dépôt de sa thèse, pour le prix Marjolin-Duval.

A propos de la correspondance.

Une observation de M. Abrand, sur un cas de *tuberculose recto-sigmoïdienne*. — M. Chaput, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Chirurgie des voies biliaires.

M. SOULIGOUX. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter 16 observations de chirurgie des voies biliaires qui se divisent :

Cholécystostomies : 7 cas comprenant une rupture de la vésicule biliaire, une cholécystite suppurée consécutive à une fièvre typhoïde, une oblitération du cholédoque avec angiocholite, trois obstructions du cholédoque par cancer du pancréas, une lithiase vésiculaire sans ictère, ayant donné lieu à une cholécystentérostomie complémentaire.

Cholécystectomie simple : 4 cas. Deux pour lithiase vésiculaire, un pour cholécystite, un pour cancer de la vésicule.

Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique : 3 cas.

Duodénotomie antérieure sans cholécystectomie avec incision de l'ampoule de Water pour calcul : 1 cas.

Implantation du cholédoque dans le duodénum sans cholécystectomie pour pancréatite chronique : 1 cas.

J'ai obtenu 12 guérisons. Un résultat nul, bien que la malade ait survécu un mois : il s'agissait de cirrhose calculeuse. 3 morts : 1 pour cancer de la vésicule, 1 pour cancer du pancréas, 1 pour calcul du cholédoque. Si l'on envisage, en se basant sur les faits que je vous rapporte, le choix de l'intervention, je pense que dans tous les cas de calcul du cholédoque la cholécystectomie et le drainage de l'hépatique doivent être la règle. Les contre-indications, sont : 1° l'état trop grave du malade qui réclame une opération simple et rapide, telle que la cholécystostomie, laquelle ne sera alors qu'une opération préliminaire, une opération d'attente qui permettra dans le cas de persistance de l'ictère de recourir plus tard à la cholécystectomie suivie de l'ablation du calcul et du drainage de l'hépatique ; 2° la présence d'adhérences multiples, cachant la région cholédocienne, et rendant la recherche du cholédoque impossible, par l'hémorragie en nappe qui se produit.

Dans les cas où existent seuls des signes de lithiase vésiculaire, ou d'inflammations de la vésicule, la cholécystectomie doit être la règle. On s'expose en effet, en ne pratiquant que la cholécystostomie, à être amené plus tard à faire une opération complémentaire, comme cela nous est arrivé avec M. Peyrot, où la reproduction de l'écoulement biliaire au bout de trois ans et

l'oblitération du cholédoque nous obligèrent à pratiquer une cholécystentérostomie. Mais, dans le cas où on ne constate aucun calcul dans le cholédoque, où il n'existe pas d'ictère, où tout semble, en un mot, se passer dans la vésicule, je crois inutile de faire le drainage de l'hépatique.

S'il existe un calcul de l'ampoule de Water, l'ablation à travers le duodénum m'a semblé tellement simple que je n'hésiterai pas à pratiquer cette opération par la même voie (duodénotomie antérieure).

Dans l'oblitération du cholédoque pour cancer du pancréas, deux cas doivent être envisagés :

1° Le malade n'a pas d'infection. Il est simplement ictérique, son état général n'est pas encore mauvais, le cholédoque est dilaté, ses parois sont lisses. Je crois que l'opération de choix est l'implantation dans le duodénum, qui n'est pas plus difficile qu'une cholécystentérostomie et qui assure mieux l'écoulement de la bile dans l'intestin.

2° Le malade a de la fièvre, il est très infecté ou très affaibli ; a cholécystostomie, opération simple et rapide, me semble devoi. être préférée à toute autre intervention.

S'il existe de la pancréatite chronique, quatre opérations doiven être mises en parallèle :

La cholédoco-entérostomie, le drainage de l'hépatique, la cholécystentérostomie, la transplantation du cholédoque dans le duodénum.

La cholécystotomie ne peut être indiquée que si l'état du sujet est grave, car le but cherché, « éloigner » la bile du pancréas, n'est pas atteint; en effet, celle-ci ne sort à l'extérieur que par reflux, après avoir été irriter le pancréas, qui n'a, par suite, aucune tendance à guérir. Le même reproche peut être adressé à la cholécystentérostomie et à la cholédoco-entérostomie. On peut comparer ces trois interventions à l'entéro-anastomose sans exclusion. Dans ce cas, on lève l'obstacle, mais on n'empêche pas les matières fécales de venir irriter le rétrécissement intestinal, qu'il s'agisse de cancer ou de tuberculose de l'intestin.

Cette exclusion du trajet pancréatique est obtenue à titre temporaire par le drainage de l'hépatique, à titre définitif par la transplantation du cholédoque.

Auquel de ces deux procédés faut-il donner la préférence ? Je sais bien que nombreuses sont les observations où le drainage de l'hépatique, ou même simplement de la vésicule biliaire, a suffi à amener la guérison. Cependant, il pourrait se faire que le cholédoque se rétrécisse d'une façon définitive et il y aurait alors persistance d'une fistule désagréable qui pourrait être incurable,

surtout si l'on avait fait en même temps la cholécystectomie, et que par suite il ne fût plus possible de pratiquer une cholécystentérostomie. Aussi je n'hésite pas à dire que, dans tous les cas d'obstruction dus à de la pancréatite chronique ou au cancer du pancréas, l'opération de choix, quand son exécution se présentera comme facile, doit être la transplantation du cholédoque dans le duodénum. Rapidement, en effet, l'on voit disparaître l'ictère, l'état général se relever et la guérison survenir. Je crois cependant qu'il est prudent, si la vésicule n'est pas malade, de laisser celle-ci, qui pourra permettre, si par malheur la suture cholédoco-intestinale venait à lâcher, de faire une cholécystentérostomie.

Pour me résumer, je dirai : 1° que la cholécystostomie et la cholécystentérostomie ne doivent vivre que des contre-indications devant ces interventions ; 2° que la cholécystectomie sans drainage de l'hépatique suffit dans les lésions limitées à la vésicule ; 3° que la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique doit être appliquée aux cas de lithiase cholédocienne ; 4° que la transplantation du cholédoque dans le duodénum doit être préférée à toute autre intervention, quand elle est facilement exécutable dans les cas de pancréatite chronique ou de cancer du pancréas.

Cancer du pancréas. Guérison opératoire (observation résumée). *Cholécystostomie.*

Ce malade entrait à l'hôpital pour ictère par rétention. Il n'avait pas de fièvre. Les urines étaient très colorées et rares. Les matières absolument décolorées. Il était extrêmement amaigri.

Par la palpation, on ne sentait rien. Il avait eu autrefois quelques crises de coliques hépatiques. L'ictère s'était installé sans symptômes très marqués.

Opération. — Incision longitudinale à travers le muscle droit. On trouve une vésicule biliaire dilatée, sans traces d'inflammation. Au niveau de la tête du pancréas, volumineuse tumeur, qui est évidemment la cause de l'obstruction. Evacuation par ponction de la bile épaisse et visqueuse qui distend la vésicule. Abouchement de la vésicule à la peau. Un drain est placé au-dessous de la ligne de suture abouchant la vésicule à la peau. Un autre drain est placé dans la vésicule.

Suites extrêmement simples. Le drain abdominal est retiré le quatrième jour. Le malade opéré le 24 septembre sort le 22 octobre de la même année 1905.

J'ai été appelé à revoir ce malade chez lui. L'écoulement de bile par la fistule se faisait journellement et abondant. L'état général semblait s'être légèrement amélioré. Mais j'ai appris que cet homme était mort trois mois après.

Cholécystectomie pour cancer de la vésicule. Mort (10 octobre 1904).

Femme âgée de quarante ans. Depuis cinq ans, la malade ressentait de temps en temps des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Dans ses réponses, d'ailleurs assez vagues et assez variables, la malade a assuré n'avoir jamais eu de crises hépatiques.

Depuis trois ans, une tumeur était apparue au-dessous du foie, présentant des caractères assez spéciaux ; la malade ressentait quelques douleurs, la tumeur apparaissait, puis après un ou deux mois d'accroissement elle diminuait de volume presque tout d'un coup.

La malade ne se rappelle pas si, à ce moment précis, il survenait une débâcle urinaire. Toujours est-il que, depuis trois ans, cette évolution s'était reproduite trois ou quatre fois sans altérer en rien la santé générale de cette femme.

C'est à l'occasion d'une nouvelle apparition de la tumeur que son médecin envoie la malade à l'hôpital.

Dans les premiers jours, l'examen montre au-dessous du foie une masse profondément située dans l'abdomen, assez lisse et assez peu allongée de haut en bas, occupant à peu près la place du rein. On ne parvient pas à en limiter entièrement les contours. On obtient un ballottement assez net.

La matité du foie et celle de la tumeur sont séparées par une bande sonore. Son extrême limite est en bas, à 3 ou 4 travers de doigt de la crête iliaque.

Mais les jours suivants, l'aspect se modifie, le volume augmente rapidement, la mobilité diminue ; elle devient de plus en plus superficielle et ressemble davantage à une grosse vésicule biliaire. La malade, interrogée à nouveau, persiste à nier toute colique hépatique antérieure. Il n'y a pas de fièvre. Pas d'ictère.

On est dans l'indécision, et la malade s'affaiblissant rapidement par suite de vomissements qui surviennent et se répètent incessants.

Laparotomie latérale. — On trouve un néoplasme situé au-dessous du foie et distinct de lui. Après quelques recherches, on reconnaît qu'il est formé aux dépens de la vésicule biliaire. Très adhérente à l'intestin, au foie, à l'estomac, son extirpation est des plus difficiles. On y parvient cependant en morcelant la tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus. Dans l'intérieur de la vésicule, on trouve de gros et nombreux calculs. Large drainage avec un gros drain entouré de mèches.

La malade ne survit pas au choc et meurt le même jour, deux heures après l'opération.

Cancer du pancréas. Cholécystostomie. Mort subite le 17 avril 1904.

Femme âgée de cinquante ans, ayant présenté depuis cinq ans, à intervalles réguliers, des douleurs gastriques avec nausées et diarrhées. Depuis huit mois, elle a vu se développer dans l'hypocondre droit une tumeur qui est actuellement du volume d'une grosse orange. Cette tumeur débordant le bord tranchant du foie est douloureuse et fluctuante.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade devient jaune et l'ictère se fonce de plus en plus les jours suivants. On observe en même temps la décoloration des selles et la coloration très foncée des urines.

Opération. — Incision parallèle au bord externe du muscle droit. On arrive, après incision du péritoine, sur une vésicule énorme, fluctuante dans toute son étendue, entourée de masses gélatineuses.

Du côté du cholédoque et du pancréas on perçoit des masses dures.

On pense à un néoplasme, soit du pancréas, soit du cholédoque.

La vésicule est ouverte. Elle ne contient pas de bile, mais un liquide épais et muqueux, et des masses gélatineuses, ainsi que des calculs au nombre d'une vingtaine au moins.

Fixation de la vésicule à la peau.

Suites opératoires parfaites. Pas de fièvre. Le troisième jour, la bile coule largement. Le 8 mai au matin, la malade se trouvait très bien; son pouls était bon. Le 8 au soir, elle meurt subitement.

Cholécystostomie. Cancer du pancréas. Angiocholite. Novembre 1898.

Père mort de cancer de l'oreille. Mère morte de cancer utérin.

Homme âgé de cinquante ans. A toujours eu des digestions pénibles. En 1897, les digestions étant devenues presque impossibles, M. P... alla consulter le Dr D..., qui fit une analyse du suc gastrique et conclut à un ulcère de l'estomac. On fit au malade des lavages avec de l'eau bicarbonatée ; léger soulagement.

Apparition d'un ictère deux mois après qui dure deux mois et cause des démangeaisons terribles. Les matières étaient décolorées, on aurait dit de la craie délayée formant bouillie épaisse. Légers accès de fièvre.

Lorsque l'ictère fut passé, le malade partit pour Vichy. Après quelques jours de traitement, accès de fièvre tels que le traitement fut cessé.

Rentré à Paris, le malade continue à avoir des accès de fièvre à grandes oscillations, commençant par des frissons, s'accompagnant de sueurs profuses. La température atteignait à ce moment 40 degrés pour descendre ensuite à 37°5. Consultation avec le Dr Landouzy, qui conseille, pensant à des suites de syphilis, des injections au biiodure de mercure, sans d'ailleurs le moindre résultat.

Je fus appelé à voir ce malade, et, en présence de la fièvre intense et de l'ictère persistant, je conseillai une intervention chirurgicale.

Opération le 2 novembre 1898.

Incision parallèle au muscle droit. On trouve sur le foie deux noyaux grisâtres, durs, qui sont évidemment néoplasiques.

La vésicule biliaire est lisse, nulle part il n'y a traces d'inflammation, ni du côté de la vésicule ni du côté du cholédoque. La tête du pancréas est augmentée de volume, parsemée de masses dures. Il n'y a pas de doute, il s'agit d'un néoplasme avec propagation au foie.

La vésicule est ponctionnée, il s'en écoule une bile jaunâtre, contenant une bouillie peu épaisse, mais d'une odeur extrêmement fétide. La vésicule ouverte est fixée à la peau, et un gros drain est placé à l'intérieur.

Les suites opératoires furent très simples. Dès le lendemain, la fièvre disparut, les matières reprirent leur coloration normale, mais cela dura peu et elles reprirent bien vite leur couleur mastic.

La fièvre disparut complètement, mais à la condition que la fistule fût bien perméable, car dès qu'il y avait un peu de rétention, elle réapparaissait. L'examen de la bile fut fait par M. le Dr Boix; elle contenait des cultures pures de colibacille.

Malgré cette fistule, grâce à un appareil, cet homme put vaquer à ses affaires comme auparavant.

A la fin de l'année 1899, il fut pris d'une faiblesse très grande. A partir du 1er janvier 1900, il garda le lit; le 9 janvier, il fut pris de vomissements presque continuels, rendant sans efforts de l'eau striée de filaments noirs; il meurt le 12 janvier, sans souffrances.

Cholécystostomie. Cholécystentérostomie complémentaire. Guérison. (Peyrot et Souligoux).

Femme âgée de cinquante ans, entrée salle Denonvilliers, à l'hôpital Lariboisière.

Cette femme, qui avait eu à plusieurs reprises des crises de coliques hépatiques sans ictère, présentait au niveau de la région vésiculaire une tumeur du volume du poing, que l'on pouvait mobiliser de droite à gauche sans difficulté et qui était sans aucun doute la vésicule biliaire.

Opération, 29 avril 1899. — Incision latérale parallèle au muscle droit. La vésicule est amenée au dehors avec la portion de foie correspondante; elle a le volume d'une grosse poire, à surface très régulière, et à fluctuation nette. On sent avec le doigt vers son col un calcul que l'on déloge aisément. Du côté du cholédoque, on ne sent rien. Par la ponction, on retire 200 grammes d'un liquide blanc opaque, un peu louche et filant. On hésite un instant entre l'ablation de la vésicule et la simple ouverture, et on se décide pour cette dernière en considérant que l'ablation serait un peu plus longue et plus grave et que le but sera aussi bien atteint par la cholécystostomie. Le fond de la vésicule est fixé au dehors par une série de points de sutures. La vésicule n'est pas ouverte de suite, on a fermé l'orifice de la ponction par un fil, l'ouverture est pratiquée quarante-huit heures plus tard.

Il ne s'écoule que fort peu de bile par la fistule; la malade se remet très bien et sort de l'hôpital un mois après.

Pendant trois ans la fistule était restée à peu près continente, mais depuis deux ans la malade était toujours recouverte de bile, les matières étaient décolorées. On avait à plusieurs reprises enlevé de nouveaux calculs formés dans la vésicule.

Elle entre à nouveau, en avril 1904.

Elle souffre à ce moment d'une façon irrégulière, sans cause et surtout après les repas. Depuis deux mois environ, elle vomissait les aliments qu'elle venait de prendre.

Opération. — Cholécystentérostomie.

Laparotomie à 1 centimètre en dehors de la fistule. Le péritoine ouvert, M. Peyrot dissèque la vésicule et arrive, après l'avoir libérée de

ses multiples adhérences, au niveau de son col. Un stylet introduit par la fistule s'arrête dans le cholédoque, qui semble imperméable, bien qu'on n'y sente pas de calcul. Abouchement de la vésicule dans le duodénum.

Fermeture de la paroi sans drains ni mèche. Cautérisation au thermocautère de l'orifice de la fistule.

Réunion par première intention. L'anastomose fonctionne très bien. La fistule se ferme et la malade sort guérie le vingt-sixième jour après l'opération.

Cholécystostomie pour ictère chronique d'origine biliaire avec angiocholite. Guérison, 1899.

Mme N..., âgée de soixante-deux ans, était très souvent atteinte de crises de coliques hépatiques; chaque année, elle faisait une saison à Vichy. Trois mois avant que je la vis, elle fut prise d'une crise violente, avec ictère, décoloration des matières et urines ictériques. Aucune amélioration ne survint, la fièvre avec grande oscillation survint au bout de deux mois, les démangeaisons violentes empêchaient la malade de dormir. En présence de ces symptômes, on conseilla une opération pour laquelle je fus appelé.

Quand je vis la malade, elle était jaune terreux; la fièvre atteignait le soir 40 degrés avec frissons et sueurs, le matin il n'y avait plus que 37°5. Les urines étaient rares, 150 grammes environ, et très colorées. Le pouls était lent et mou, la langue sèche.

Opération. — Incision latérale parallèle aux muscles droits. Le ventre ouvert, on voit que foie, estomac, gros intestin sont réunis par des adhérences; on n'aperçoit pas la vésicule biliaire pas plus que le hile du foie en soulevant celui-ci. Une nappe d'adhérences recouvre le tout. Il était impossible d'aller à la recherche du cholédoque; d'autant que les adhérences saignaient très facilement. En examinant très attentivement la région au point où devait se trouver la vésicule, je vis une sorte de masse, analogue à une frange épiploïque épaissie, adhérente au gros intestin. Je l'incisai et trouvai dans son intérieur un peu de boue biliaire, c'était la vésicule. J'essayai, en me servant d'elle comme point de direction, d'aller vers le cholédoque, mais les adhérences saignaient tellement et la malade était si faible, que je dus y renoncer. Je fixai comme je pus ce moignon de vésicule au péritoine pariétal, je l'entourai de compresses et mis dans sa petite cavité un drain.

Un de mes internes et une infirmière sont placés à demeure auprès de la malade, à laquelle on injecte 250 grammes de sérum et 20 centigrammes de caféine.

Le soir, la malade est très affaiblie, la fièvre persiste, rien ne s'écoule par le drain. Le lendemain, il s'écoule un peu de boue biliaire, puis, peu à peu, la bile coule, et enfin vers le quatrième jour s'échappe abondamment par la fistule.

Dès lors, l'état s'améliore rapidement, la fièvre tombe, les urines ugmentent, et vers le huitième jour l'alimentation est reprise.

Dès le vingtième jour l'ictère a disparu, et les urines, dont la quantité excrétée atteint 1.500 grammes, n'ont plus de pigment biliaire.

On faisait à cette malade dans le trajet vésiculaire des lavages avec une sonde de Nélaton n° 12. Peu à peu, sous l'influence de ce cathétérisme répété, la sonde pénètre de plus en plus, et, en fin de compte, pénètre presque dans le duodénum. On pouvait donner ainsi à cette malade un lavement de haut en bas.

Bien entendu, les matières s'étaient colorées et étaient devenues normales. Au bout d'un mois la malade se lève, se promène et sort dans son jardin. On laisse refermer la fistule et la guérison est complète au quarantième jour.

Cette dame mourut six mois après, d'une crise d'urémie.

Rupture de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Guérison.

Femme âgée de cinquante ans, malade depuis cinq mois et envoyée à Lariboisière dans le service de M. Peyrot avec le diagnostic d'appendicite.

Etant donnée la longue durée de la maladie, j'avais émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une inflammation autour d'un néoplasme; au palper en effet on sentait une masse dure, occupant le flanc droit, du foie à la crête iliaque.

La malade présentait de plus des phénomènes de constipation opiniâtre, jamais elle n'avait eu de traces d'ictère.

Opération le 24 mai 1900. — L'incision de la paroi fut faite parallèlement à la tumeur perçue.

L'aponévrose et le péritoine paraissent un peu jaunes; le ventre ouvert, il s'écoule un peu d'ascite légèrement jaune. De la fosse iliaque, en écartant l'épiploon sort une grande quantité de bile. Rapidement des compresses sont mises latéralement pour protéger la cavité abdominale; l'incision est agrandie par en haut jusqu'au bord inférieur du foie.

La vésicule biliaire, dont les parois sont un peu épaissies, est rompue à une légère distance de son fond, et dans l'orifice est engagé un calcul du volume d'une noix qui est extrait.

La vésicule est fixée à la peau et un gros drain est placé dans sa cavité.

La bile épanchée était contenue dans une cavité formée en haut par le foie, en bas par le côlon et le méso-côlon. Cette cavité est drainée par un gros lobe et une compresse. Par mesure de précaution, deux tubes sont mis dans le petit bassin et dans la fosse iliaque, car il avait coulé un peu de bile par en bas.

Les suites opératoires furent simples. Il n'y a pas de vomissements, la bile s'écoule par le drain en grande quantité. Le deuxième jour, les tubes et les mèches sont enlevés, excepté ceux de la vésicule et de la cavité hépato-colique. Ce dernier est raccourci peu à peu pour disparaître le cinquième jour. Le gros tube vésiculaire est enlevé et remplacé par un plus petit, qui est enlevé le vingt-troisième jour.

Il continue de couler de la bile par la fistule jusqu'au trente-sixième jour. Dès que la bile cesse de couler, la plaie se guérit rapidement.

Cholécystostomie. Cholécystite suppurée, suite de fièvre typhoïde. Pas d'ictère (Observation résumée).

Femme âgée de vingt-six ans. Opérée le 7 avril 1905, sortie guérie le 14 mai 1905.

Opération. — Incision au niveau que l'on sent à travers la paroi assez volumineuse.

Le péritoine est légèrement œdématié. Des adhérences très fortes unissent le péritoine pariétal au côlon et à la vésicule. En dissociant ces adhérences, on provoque la déchirure de la vésicule, qui laisse échapper un liquide jaune mélangé de pus avec de nombreux calculs.

La vésicule excessivement friable ne put être fixée à la peau que par un seul point de suture. D'autres points séparés limitent le foyer.

Un drain est placé dans la vésicule; la plaie est laissée largement ouverte. Les suites furent simples, la fièvre disparut dès le troisième jour, le drain fut retiré au dix-huitième jour et la malade sortit complètement guérie le 14 mai.

La cholécystectomie que l'on désirait pratiquer eût été impossible en raison des adhérences et de la friabilité de la vésicule.

Cholécystectomie et cholédochotomie. Drainage de l'hépatique. Mort (Observation résumée).

Femme de soixante ans. Très cachectique.

Cette femme avait eu à différentes reprises des coliques hépatiques suivies d'ictère et avait fait à cause de cela plusieurs saisons à Vichy.

Trois mois avant que je la voie, elle avait été prise de violentes douleurs, siégeant un peu à droite de l'ombilic et s'irradiant à l'épaule droite. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements. Dès que la malade essayait de manger, les douleurs et les vomissements reparaissaient. Il n'y avait ni fièvre ni ictère. Le médecin qui la soignait avait porté le diagnostic de calcul biliaire et avait depuis longtemps conseillé une opération à laquelle la malade s'était toujours refusée. Je lui donnai le même conseil, mais la malade ne consentit à l'opération qu'un mois après. Elle était très amaigrie, les urines étaient rares, la peau sèche et épaisse. Je ne cachai pas à la famille que l'intervention était très aléatoire et ce n'est que sur ses instances que je me décidai à l'opérer.

Opération. — La vésicule est légèrement épaissie et contient quelques calculs; dans le cholédoque dilaté se trouve un calcul mobile. Je fis une cholécystectomie et incisai le cholédoque, d'où je retirai un calcul du volume d'une noisette; il était rond et légèrement rugueux. L'opération fut facile, il n'y avait pas d'adhérences. Drainage de l'hépatique. Compresses isolant la région biliaire.

Injection de 250 grammes de sérum après l'opération.

Le soir, la température est normale, le pouls est bon, mais lent, les urines sont rares. La malade meurt presque subitement dans la nuit.

Il n'est pas douteux pour moi que le calcul par sa mobilité déterminait des réflexes amenant des vomissements à chaque ingestion

d'aliment. Cette malade en réalité est morte de faim, car il lui était impossible de garder quoi que ce soit, même de l'eau.

Cirrhose calculeuse. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique (Opération faite le 30 novembre 1904).

Cette femme était âgée de cinquante-cinq ans. Jusqu'en novembre 1899, sa santé avait été excellente; à cette date elle est prise, particulièrement aux membres inférieurs, de rhumatismes articulaires aigus. Elle éprouvait en même temps des douleurs intercostales très vives, siégeant sur le côté droit du thorax, et présentant la nuit une intensité plus marquée.

Ces douleurs durent jusqu'en avril 1901. En juin de la même année, elle est prise de coliques hépatiques avec vomissements répétés; cette crise dure dix jours.

En août 1901, elle va faire une cure à Saint-Nectaire et en revient en assez bonne santé. L'hiver suivant se passe relativement bien, mais la malade se plaint toujours de ses douleurs intercostales. Elle manque d'appétit, a des vomissements de sang, et éprouve des douleurs dans la région hépatique. Le foie était déjà gros à cette époque. Les selles étaient normales.

En novembre 1902, la malade est prise dans la nuit de douleurs hépatiques extrêmement violentes, qui durent tout un mois, nécessitant des piqûres de morphine. La fièvre apparaît, ainsi que l'ictère; les urines sont rouges, les selles sont décolorées, mais par intervalles seulement.

En décembre, les coliques cessent, mais la malade se sent très faible, elle a des sueurs profuses.

En 1903, accès de fièvre tous les deux jours. La région hépatique devient douloureuse à la pression. Troisième crise de coliques hépatiques qui dure six jours. Je vis à ce moment la malade, elle avait de l'ictère, je lui conseille une intervention.

La patiente va à Vichy, l'ictère s'efface un peu. L'hiver suivant est bon.

En 1904, l'état général s'aggrave, l'ictère réapparaît, il y a du dégoût pour les aliments; le lait même, dit-elle, ne passe plus. La malade est agacée par des démangeaisons très vives; elle maigrit de 30 livres. Nouvelle saison à Vichy, sans résultats.

Entrée à l'hôpital Lariboisière le 30 novembre 1904.

L'aspect général est celui d'une malade profondément atteinte. Elle est très amaigrie souffre beaucoup et présente un ictère intense. Le ventre est ballonné et contient une volumineuse ascite. Les membres inférieurs sont très œdématiés. L'urine est rare avec couleur caractéristique.

Température à grandes oscillations.

Opération le 2 décembre 1904.

On vide d'abord par une ponction la cavité abdominale du liquide ascitique, puis par une incision parallèle au muscle droit on aborde les voies biliaires. Il s'écoule encore une assez grande quantité de

liquide. On trouve une vésicule petite, adhérente aux organes voisins; elle est décollée peu à peu, et, en s'en servant comme guide, on arrive sur un cordon dur, comme injecté, qui s'étend du duodénum au foie.

La vésicule est réséquée, elle contient deux calculs. Le canal cholédoque est incisé, on en retire cinquante calculs du volume d'une petite noisette s'imbriquant les uns les autres. Certains de ces calculs se trouvaient dans le canal cholédoque au-dessous de l'incision et sont ramenés avec une curette; d'autres siègent très haut, jusque dans les canaux hépatiques droit et gauche, et sont enlevés de la même façon.

Pendant ces manœuvres opératoires, il s'écoule très peu de bile.

Un drain est placé dans le canal hépatique très haut jusqu'à son origine. Des compresses sont disposées tout autour, isolant bien la région du reste de la cavité abdominale.

Le 3 décembre, assez forte hémorragie venant de la paroi, facilement arrêtée par compression. Le 4, il s'écoule un peu de bile, mêlée d'abord au liquide ascitique. Le 6 décembre, écoulement un peu plus abondant. La température a diminué; elle n'est plus que de 38°2 le soir.

Le pouls est bon, les urines augmentent un peu. L'état général est satisfaisant.

Les jours suivants, cette situation reste la même, l'écoulement de bile n'augmente pas; la malade cependant semble avoir engraissé; mais les urines ne deviennent pas plus abondantes. Cet état se maintient jusqu'au 27 décembre. A ce moment son état s'aggrave, les urines diminuent, il n'y a plus que 150 grammes d'urine, et la malade meurt le 29 décembre.

Autopsie. — Nous eûmes l'explication du peu d'écoulement de bile par le drain, bien que le canal hépatique eût été largement drainé. Le foie était augmenté de volume et bourré de calculs; il y en avait depuis les plus gros canaux intra-hépatiques jusqu'aux plus petits.

Partout où l'on faisait porter la coupe, on en trouvait; il en existait une multitude pas plus gros qu'une tête d'épingle.

La cavité abdominale était divisée en deux parties par des adhérences.

Dans la zone supérieure, le liquide était de l'ascite colorée en jaune.

Dans la zone inférieure comprenant surtout le petit bassin, il y avait une sorte de boue jaunâtre, entourée d'anses intestinales à péritoine très épaissi.

Cholécystectomie. Guérison. Lithiase vésiculaire avec abcès de la paroi.

Femme âgée de soixante ans. Syphilitique ayant eu, deux ans auparavant, des crises de coliques hépatiques sans ictère.

Entrée en août 1903 à l'hôpital Tenon, service de M. Lejars.

Elle a une tumeur située un peu au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. Cette tumeur est rouge, molle à son centre, les bords sont indurés; par en haut, elle se continue par un tractus fibreux, qui se termine un peu au-dessous des fausses côtes. Elle n'est pas douloureuse, et on sent de petites masses dures, mobiles. On pense à des calculs biliaires.

Incision de la tumeur; on trouve quatre calculs biliaires. Dissection de cette masse, et en remontant de tout le trajet fistuleux qui conduit dans la vésicule biliaire, qui contient encore trois calculs. Cholécystectomie. Ligature et section du canal cystique, près de son point d'abouchement. Un drain est placé dans la cavité abdominale. Des compresses à demeure isolent la région biliaire. L'exploration du cholédoque montre qu'il n'y a pas de calculs. Le troisième jour, écoulement abondant de bile. La ligature du canal cystique a lâché. Cet écoulement dure quinze jours, très abondant. Peu à peu il diminue, et la malade sort complètement guérie au bout d'un mois.

J'ai revu cette malade en 1907. Depuis son opération, elle s'est très bien portée et elle jouit, au moment où je la revois, d'une santé très florissante.

Cholécystectomie pour lithiase biliaire. Guérison.

Femme âgée de trente-six ans. Entrée le 24 mai 1907, opérée le 31 mai. Sortie guérie le 30 juin.

Cette malade est entrée dans le service du Dr Legry, qui nous l'envoie comme atteinte de cholécystite calculeuse.

Antécédents. — Il y a cinq ans, deux crises de coliques hépatiques (douleurs au niveau de la vésicule biliaire, vomissements, subictère). Durée de la crise, trois jours. Depuis cette époque, elle a eu dix à douze crises analogues à la première, et apparaissant le plus souvent au moment des règles. La dernière date d'il y a quinze jours. Elle a débuté par des douleurs très vives siégeant au niveau des fausses côtes du côté droit, et irradiant vers l'épaule. Vomissements bilieux abondants pendant deux jours. Pas d'ictère, pas de décoloration des selles. Durée de la crise, quatre jours.

Il n'existe pas de ballonnement de l'hypocondre droit; cependant, le long de la ligne médiane existe une voussure appréciable. La palpation révèle à ce niveau l'existence d'une masse allongée, descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle est lisse, rénitente, ovoïde, mate à la percussion. Elle suit les mouvements respiratoires; sa mobilité est telle qu'on arrive à la refouler facilement dans l'hypocondre gauche.

Le foie déborde les fausses côtes; pas de zone de démarcation entre la matité du foie et celle de la tumeur.

Pas de troubles digestifs. Pas de fièvre; selles normales ainsi que les urines. Opération, 31 mai.

Incision parallèle au bord externe du muscle droit. La vésicule vient faire saillie dans la plaie; elle est tendue, lisse, plus grosse que le poing; elle adhère très fortement à la face inférieure du foie, et il est impossible de la libérer sans déchirer le tissu hépatique. Après avoir dégagé complètement la vésicule et le canal cystique, un fil est placé sur ce dernier près de son point d'abouchement, et la résection de la vésicule est pratiquée. Cautérisation et enfouissement sous un surjet du bout central du canal cystique. Le cholédoque exploré est souple, normal, sans calcul.

Hémostase de la fossette cystique, obtenue par quelques points de suture passant à travers le tissu hépatique. Drainage (drain et mèche). Suture de la paroi en trois plans.

A l'ouverture de la vésicule, il s'écoule un liquide épais, jaunâtre, gluant; et on y trouve deux calculs gros comme une noisette.

2 juin. Température : 37°8. La mèche est enlevée. Pas d'écoulement de liquide par le drain.

4 juin. Pas de liquide écoulé par le drain. Celui-ci est retiré, et la pression fait sourdre une quantité assez considérable de sérosité. Un drain plus petit est remis.

6 juin. Suppression du drain. Température normale.

10 juin. Ablation des fils.

17 juin. La cicatrisation paraissait parfaite, lorsque la température s'élève à 38°4 le soir, et, à la place où se trouvait le drain, se forme un orifice par lequel s'écoule une assez grande quantité de bile. La malade accuse en même temps une douleur très vive au niveau du rebord costal droit, s'irradiant vers l'épaule et le bras droit.

18 juin. Le pansement est complètement imprégné de bile; une laminaire est introduite dans l'orifice de sortie de la bile et, le 19, on remet un drain. La douleur disparaît, la bile s'écoule abondante. La température redevient normale.

Peu à peu, l'écoulement biliaire diminue; le drain peut être supprimé le 27 juin, et la malade sort guérie le 30 juin. Elle revient deux jours après pour un pansement. La guérison est complète.

Cholécystectomie. Guérison. Observation résumée. (Opération par MM. Peyrot et Souligoux).

Femme âgée de quarante ans.

Il y a douze ans, cette femme a éprouvé dans la région du creux épigastrique de vives douleurs avec vomissements verts. Depuis cette première crise, il y a eu des alternatives de douleur et de bien-être.

Actuellement, nouvelle crise le 22 octobre avec douleurs localisées dans le creux épigastrique, sensation d'étouffement, vomissements de bile.

La température est de 39°5. Le pouls est bon à 110. L'aspect général est celui d'une femme qui souffre. Il n'y a pas d'ictère.

Dans le flanc droit, on sent une tumeur volumineuse. Nous pensons naturellement à une cholécystite.

Opération. — M. Peyrot fait à travers le muscle grand droit une incision longue de 15 centimètres. On tombe sur une vésicule énorme.

Tout autour de la vésicule sont disposées des compresses l'isolant de la cavité abdominale. En essayant de la libérer, elle se perfore.

Par la ponction, on avait auparavant retiré une grande quantité de pus.

Peu à peu on parvient à déchirer toutes les adhérences, on enlève la vésicule et on lie le canal cystique. La vésicule contenait 50 calculs assez volumineux.

Pour protéger la cavité péritonéale, on suture l'épiploon au foie,

à l'estomac et à la paroi; on a ainsi une cavité indépendante dans laquelle on met un gros drain entouré de mèches.

Les suites opératoires furent très simples. La température revint le lendemain à la normale. Au sixième jour, la ligature posée sur le canal cystique tombe et une fistule biliaire s'établit.

Peu à peu l'écoulement de bile diminue, et la malade opérée le 29 décembre 1904 sort guérie le 3 février de la même année.

Cette malade a été revue depuis et se porte fort bien.

Cholécystectomie et drainage de l'hépatique pour lithiase biliaire. (Opérée le 6 mars, sort guérie le 2 juin.)

Femme G..., âgée de trente et un ans. — Elle est entré à l'hôpital Tenon le 2 mai 1907 pour douleur dans l'hypocondre droit avec ictère. Depuis deux ans elle a toujours souffert du côté droit et du creux épigastrique. Il y a un an, elle est déjà entrée à l'hôpital pour une crise de coliques hépatiques, qui était caractérisée par des douleurs très vives au niveau des fausses côtes, sur le bord externe du grand droit et par des vomissements alimentaires et bilieux, mais sans ictère, et sans décoloration des selles. Cette crise ne l'obligea à rester à l'hôpital que huit jours. Depuis cette époque, la malade a eu cinq ou six nouvelles crises qui survenaient toujours à l'occasion des règles, mais ne duraient guère plus d'une journée.

Il y a quinze jours, nouvelle crise plus violente que les précédentes, douleurs très vives, paroxystiques, vomissements bilieux très abondants et ballonnement du ventre. Depuis quatre jours, coloration jaune des téguments et décoloration des selles, qui sont blanches et graisseuses.

A l'examen, on constate une voussure du côté droit au-dessous des fausses côtes et on sent à ce niveau une masse globuleuse.

La percussion est très douloureuse et ne dénote pas une augmentation sensible du foie.

La palpation bimanuelle révèle l'existence d'une grosse masse très mobile et donnant très nettement la sensation de ballottement ; cette masse semble être le rein droit flottant, séparée qu'elle est de la paroi antérieure de l'abdomen par une zone de sonorité. Coloration jaune safran des muqueuses et de la peau. Décoloration des selles. Urines rares, 500 grammes par vingt-quatre heures, franchement ictériques. Température, 38°4 ; pouls, 83. Rien à l'auscultation.

La malade entrée le 2 mai est opérée le 6 mai. La température du 2 au 4 mai oscille entre 38°2 et 38°6. On lui fait à deux reprises, les 4 et 5 mai, une injection de 500 grammes de sérum.

Opération. — Un billot étant placé sous la région lombaire, on incise la paroi sur le bord externe du muscle droit. La vésicule biliaire vient faire saillie dans la plaie, son volume est à peu près celui d'un œuf de poule, elle est fortement tendue. Il n'existe pas d'adhérences la réunissant aux autres organes voisins ; je puis l'enlever facilement sans l'ouvrir. Elle contient une bile verdâtre et épaisse et un calcul gros comme une noisette. Sa paroi est très épaissie.

Ouverture du canal cholédoque d'où est extirpé un autre calcul ; un drain est placé dans le canal hépatique. Tout autour du drain, sont disposées des mèches isolant bien la région opératoire.

Suites opératoires. — Température vaginale.

7 mai. — Écoulement d'une grande quantité de bile par le drain. Température, 38°6. Pouls, 96. Urine, 1 litre, fortement colorée.

Le 8 mai, la température n'est plus au matin que de 37°6 pour remonter le soir à 38°3.

A partir du 10 mai, la température n'est plus que de 38 degrés le soir et de 37°2 le matin. La bile s'écoule abondamment par le drain. Les urines sont normales et l'ictère diminue sensiblement.

Le 16 mai la température est normale ; la malade a deux selles dures et colorées. Le drain est raccourci.

Le 17 mai, selles non colorées.

Les 18 et 19 mai, deux selles colorées. A partir de ce moment, l'état s'améliore rapidement, l'appétit revient, les urines se décolorent, l'écoulement par la plaie diminue considérablement.

Le 21 mai, ablation du drain. Le 25, la plaie est refermée et la malade sort complètement guérie le 2 juin 1907.

Pancréatite chronique. Ictère. Implantation du cholédoque dans le duodénum. Guérison. (Souligoux, Klippel et Chabrol.)

Femme âgée de trente-neuf ans, entrée le 7 janvier 1907 dans le service de M. Klippel.

Histoire de la maladie :

Il y a cinq mois, le 14 novembre 1906, trois jours après le commencement de ses règles, débutèrent des accidents aigus. La malade, en prenant son repas du soir, à 8 heures, est prise de vomissements accompagnés de vertiges, etc., bourdonnements d'oreilles, puis d'une diarrhée abondante qui dure toute la nuit. Elle ne se rappelle pas avoir ressenti alors de violentes douleurs abdominales. Celles-ci ne surviennent que le lendemain. Elles siègent dans le ventre et dans les reins et sont très violentes ; elles ne s'irradient pas.

Les vomissements ont cessé, la diarrhée persiste. La malade se lève dans la journée et est très étonnée de se voir très jaune. Les douleurs continuent les jours suivants. La diarrhée cesse le cinquième jour et la constipation lui succède.

Le 28 novembre, comme aucune amélioration ne survient, la malade se décide à entrer à l'hôpital dans le service de M. Achard.

Les douleurs semblent alors se localiser et avoir leur maximum du côté gauche, au-dessous du rebord costal. Les vomissements et la constipation sont opiniâtres. L'ictère toujours très accentué.

On lui donne des lavements sans grande amélioration. Elle sort, sur sa demande, pour aller au Vésinet, où elle constate, ce qu'elle n'avait pas fait, que ses matières sont décolorées. Elle rentre chez elle le 30 décembre. L'ictère a eu des alternatives d'amélioration et des reprises d'intensité ; elle a maigri beaucoup, d'une quinzaine de kilogrammes. Elle se décide à entrer de nouveau à l'hôpital, le 7 janvier.

Examen général.

Ictère. — C'est un jaune doré qui n'atteint pas cependant une coloration verdâtre ou brun foncé. La coloration est généralisée à tout le corps ; elle prédomine à la face sur les ailes du nez, les tempes, le front.

Aux membres, au niveau des plis de flexion, à la paume des mains, à la plante des pieds, elle est également très prononcée. On note sur le thorax quelques nævi capillaires. Les muqueuses conjonctivales et sublinguales ont également une teinte jaune foncé. Enfin, les urines diminuent de volume (500 centimètres cubes par vingt-quatre heures), ont une teinte noire verdâtre. Elles tachent fortement le linge et ont une odeur très fétide. L'acide azoturique donne une réaction de Gmelin typique ; la recherche de l'urobiline par le procédé de Grimbert est positive.

L'examen des matières fécales les montre décolorées, blanc mastic.

En un mot, on a le tableau typique de l'ictère par rétention.

La malade attire ensuite notre attention par trois autres symptômes :

Les douleurs ;

Les vomissements ;

L'amaigrissement.

L'amaigrissement porte sur toutes les masses musculaires et aurait atteint une dizaine de kilogrammes; actuellement, la malade pèse 47 kilogrammes.

Appareil digestif. Douleurs. — Les douleurs siègent dans les hypocondres, leur trajet est précisé par la malade. Elle souffre surtout à gauche sous le rebord des côtes ; la douleur vient de la profondeur, puis elle gagne le côté droit, le rebord costal; ensuite elle remonte dans le dos, entre les deux épaules et plus spécialement vers l'épaule droite. Cependant, sur le trajet indiqué, plusieurs points sont particulièrement douloureux: à droite, sous le rebord costal, à l'intersection de la 10e côte et du muscle grand droit; plus bas, près de l'ombilic; mais là la douleur est plus diffuse, elle siège un peu au-dessus et à droite de la dépression ombilicale sur une étendue de trois travers de doigt.

Vomissements. — La malade ne peut prendre aucun aliment. Elle vomit un liquide muqueux sans grand caractère, ou très verdâtre et bilieux. Les vomissements sont précédés de nausées et surviennent en dehors de l'alimentation pour laquelle l'anorexie est absolue.

La langue est blanche, saburrale, la constipation persiste, la malade ne va à la selle qu'avec des lavements.

Examen du foie. — La percussion délimite le bord supérieur du foie au niveau du 4e espace droit, plus près de la 5e côte que de la 4e. Elle n'est pas douloureuse.

La palpation permet d'apprécier son rebord inférieur qui dépasse légèrement le gril costal ; elle est très douloureuse. La vésicule n'est pas perceptible.

La rate est légèrement augmentée de volume.

Pas la moindre circulation collatérale. Le ventre est souple, sans trace d'ascite.

La respiration est normale. Les bruits du cœur sont bien frappés, le pouls bat à 80, sa tension est normale. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Enfin, notons du côté du système nerveux : l'état neurasthénique de la malade, le prurit sans trouble de la sensibilité, l'absence des troubles sensoriels, l'état normal des réflexes.

La température n'a jamais dépassé 37,5. L'amaigrissement progresse.

Les jours suivants, aucun symptôme ne se modifie, à part l'ictère qui est d'une intensité variable, mais persiste néanmoins.

Diagnostic. — C'est un ictère par rétention, un certain nombre de diagnostics peuvent donc être éliminés.

Malgré les antécédents éthyliques, la légère augmentation de la rate, on rejette l'hypothèse d'une cirrhose alcoolique même accompagnée d'angiocholite pour expliquer l'ictère. La rate, en effet, est peu modifiée, il n'y a pas de circulation collatérale. L'ictère est trop intense et en tout cas ne saurait être expliquée par une infection surajoutée ; il n'y a jamais eu en effet de température.

S'agit-il plutôt d'une cirrhose biliaire? Peut-être. Toutefois, les matières fécales sont décolorées; la rate et le foie sont de volume sensiblement normal et non pas hypertrophiés comme dans la maladie de Hanot. Gilbert et ses élèves ont décrit, il est vrai, des variétés de cirrhoses, les unes ne s'accompagnant pas d'augmentation de volume du foie, les autres sans augmentation de la rate. Mais la série des poussées angiocholitiques, suivie d'une aggravation des symptômes qui marque l'évolution de toutes ces cirrhoses, fait ici défaut. L'ictère ne semble pas à marche progressive.

Restent trois hypothèses :

Le cancer du pancréas;

La lithiase biliaire;

La pancréatite chronique.

L'âge de la malade, l'évolution irrégulière de l'ictère, l'absence de dilatation vésiculaire et de métastases viscérales ou ganglionnaires semblent peu en rapport avec le cancer du pancréas. Seul l'amaigrissement rapide permettrait d'y songer.

Tout semblait, au contraire, en faveur de la lithiase : les antécédents dyspeptiques, le début brusque de l'ictère, avec douleurs et vomissements biliaires, et surtout l'irrégularité de l'évolution, confirmaient ce dernier diagnostic.

Cependant, certains symptômes avaient un caractère différent de celui que l'on décrit dans la lithiase. C'était d'abord le début avec diarrhée persistante, alors que la constipation est habituelle dans les crises de colique hépatique. Puis, la fréquence des vomissements et le siège de la douleur, qui débutait dans l'hypocondre gauche, pour gagner ensuite le côté droit et la région interscapulo-vertébrale. Elle avait son maximum en deux points principaux : l'un vésiculaire, l'autre ombilical. Enfin, dernier symptôme : un amaigrissement aussi rapide était anormal dans une simple lithiase biliaire.

Tous ces signes particuliers ont été signalés dans une complication très fréquente de la cholélithiase, dans la pancréatite chronique.

A cette dernière appartiennent en effet :

Les alternatives de diarrhée et de constipation, la fréquence des vomissements (Quénu, Duval);

La douleur à l'hypocondre gauche (Terrier, Walther);

Le point ombilical et l'amaigrissement rapide (Desjardins, Chauffard, Quénu, Duval, Dieulafoy, Terrier).

Et, d'après cet ensemble de symptômes, les données de la clinique permettaient de supposer une altération de la glande pancréatique sans recourir aux deux procédés spéciaux de chimisme fécal (Gaultier) et de la réaction pancréatique (Commidge).

Aussi le diagnostic porté avant l'opération par M. Klippel est-il celui de lithiase biliaire compliquée de pancréatite chronique.

Opération. — Le 21 janvier. Opérateur : M. Souligoux; aides : MM. Gambier et Dupont, internes du service.

Incision parallèle au muscle droit se recourbant par en haut, en remontant parallèlement au bord costal vers l'appendice xiphoïde.

Le ventre ouvert, le foie et la vésicule viennent faire saillie au dehors.

La vésicule n'est pas augmentée de volume, ses parois sont lisses, il n'y a pas traces d'inflammation et on ne sent dans son intérieur aucun calcul. Le cholédoque est très augmenté de volume; il a bien le volume d'un doigt; on ne sent pas de calcul dans son intérieur. En examinant le pancréas, on trouve au niveau de sa tête une infiltration ligneuse, qui nous semble bien, comme le pensait M. Klippel, être une pancréatite chronique.

Tout se prêtait à une implantation du cholédoque dans le duodénum.

Avec une sonde cannelée, on libère le cholédoque. Un léger écoulement de sang se produit par le haut; une pince est mise sur une petite veine qui saigne. Le cholédoque est sectionné au ras du duodénum entre deux pinces. Le pont duodénal est lié à la soie, cautérisé au thermo-cautère et enfoui sous les tissus avoisinants par un surjet à la soie.

Le duodénum est incisé sur sa face antéro-latérale droite sur une étendue de 1 centimètre.

Le cholédoque est implanté sur le duodénum : 1° surjet postérieur séro-musculaire; 2° surjet postérieur muco-muqueux; 3° surjet antérieur muco-muqueux; 4° surjet antérieur séro-musculaire. La vésicule biliaire n'a pas été enlevée. Un petit drain et une compresse sont placés au-dessus et au-dessous de l'anastomose pour bien l'isoler et pour permettre à la bile de s'écouler si un point de suture venait à lâcher. Réunion de la paroi.

Le lendemain, température vaginale, 37°5; pouls normal.

La malade a vomi un peu de bile. Injection de 500 grammes de sérum. Les jours suivants, la température varie de 37°4 le matin à 38 degrés, 38°1 le soir. Les mèches sont enlevées le deuxième jour. Le drain, ne donnant lieu à aucun écoulement, est supprimé à partir du quatrième jour. Dès le septième jour, la température redevient normale. Les selles se sont recolorées dès les premiers jours. La malade déjaunit avec une très grande rapidité. Les fils sont enlevés le dixième

jour, la réunion est faite et, le dix-huitième jour, la malade est renvoyée pour être suivie dans le service de M. Klippel.

Suites opératoires. — Le 19 mars, son état est complètement modifié. L'ictère a disparu, le teint est normalement coloré. L'appétit est venu, les vomissements ont cessé, les selles sont normales. Cependant, le poids de la malade est sensiblement le même, 47 kil. 300.

Le 24 mars. L'amélioration s'accentue, et quinze jours après le poids est de 48 kil. 500.

On pratique alors l'examen des fèces, qui montrera maintenant que l'ictère a disparu, que les seuls troubles de la sécrétion pancréatique persistent.

31 *mars* 1907. — *Repas et épreuve.* (Méthode Gaultier) :

	Pathologie.	Pathologiquement.	Normalement.
	—	—	—
Réaction.	Alcaline.	»	Neutre.
Rapport du poids des substances fraîches à celui des substances sèches		Eau, 86,1 p. 100 Subs. sèches, 13,9 p. 100	Eau, 78 p. 100 Subs. sèches, 22 p. 100

Utilisation des graisses :

	Pathologiquement.	Normalement.
	—	—
Poids total des graisses excrétées	14 p. 100	4 à 5 p. 100
Poids des graisses utilisées	86 p. 100	95 à 96 p. 100
Analyse qualitative des graisses :		
Graisses neutres	60 p. 100	24 p. 100
Acides gras	33 p. 100	38,2 p. 100
Savons	7 p. 100	37,8 p. 100

Ainsi cette épreuve nous montre deux des caractères attribués aux troubles de la sécrétion pancréatique :

1° La diminution du poids des substances sèches;

2° La présence anormale de graisses excrétées, en particulier celles des graisses neutres.

La sécrétion biliaire, complètement rétablie, n'est plus en cause ; seul le pancréas doit être incriminé, et si la malade est guérie de son occlusion cholédocienne, elle ne l'est pas encore de sa pancréatite.

Depuis cette époque, l'état de cette femme s'est encore beaucoup amélioré; je l'ai revue fin avril, elle était fraîche et grasse, et avait augmenté de 9 kilogrammes.

Quel est actuellement l'état de son pancréas, je ne sais, car l'examen précédent n'a pas été refait, mais en tout cas, sa santé est excellente.

Ablation d'un calcul contenu dans l'ampoule de Vater par duodénotomie antérieure. Guérison.

Homme âgé de quarante-six ans, entré le 26 juillet 1904 dans le service de M. Lejars pour ictère chronique datant de près de trois mois.

Dans les antécédents du malade, on relève uniquement l'existence de plusieurs crises de coliques hépatiques s'accompagnant d'une légère teinte ictérique et d'une décoloration passagère des matières fécales.

Le 8 mai 1904, le malade est pris brusquement d'une nouvelle crise de coliques hépatiques, l'ictère s'installe, et les jours suivants les matières sont décolorées. Un traitement médical institué ne donne pas de résultats. L'ictère devient de plus en plus foncé, les matières nettement argileuses, et le syndrome de l'ictère chronique s'établit absolument au complet.

Le malade s'amaigrit considérablement et déclare à son entrée qu'il n'a pas perdu moins de 22 kilogrammes.

Examen du malade à son entrée : on constate tous les signes fonctionnels et généraux d'une obstruction du canal cholédoque. Ictère foncé, presque vert olivâtre ; conjonctive et muqueuse linguale fortement teintées ; langue sale, saburrale. Selles décolorées, fétides. Pouls ralenti, bat à 60 pulsations. Température normale entre 36°5 et 37. Urines presque noires.

Signes physiques. — La peau est sèche, présentant des traces de grattage, le prurit est intense et gêne considérablement cet homme.

La percussion montre le foie légèrement atrophié, il est complètement inaccessible à la palpation. La vésicule biliaire ne peut se sentir, mais, au point classique, la palpation profonde réveille une légère douleur.

Il est impossible, par le palper, de percevoir aucune tumeur dans le ventre.

Le diagnostic porté est celui d'obstruction permanente du cholédoque par un calcul biliaire.

Opération le 8 mai. Aide : M. Desmarets.

Incision sur le bord externe du grand droit. La vésicule est reconnue cachée sous le bord du foie ; elle a son aspect normal et ne contient aucun calcul. Le doigt qui explore le cholédoque découvre au fond une tumeur grosse comme une noisette et extrêmement dure. Sur le moment, je pense à une lésion néoplasique de la tête du pancréas, mais en poussant plus loin l'exploration, je m'arrête à l'idée qu'il s'agit d'un calcul engagé dans le duodénum et dont le siège répond à l'ampoule de Vater.

La foie étant soulevé par un large écarteur, je mobilise légèrement la deuxième portion du duodédum et j'incise sa paroi antérieure juste en face de la tumeur que je sens. Le duodénum étant ouvert, je saisis avec une pince l'ampoule de Vater, que j'attire dans la plaie et que j'incise, et j'en extrais facilement un calcul du volume d'une noisette. Pas de suture de la plaie faite à l'ampoule. Les parois duodénales sont suturées comme d'habitude.

J'explore à nouveau le cholédoque, le canal hépatique et la vésicule ainsi que son canal cystique ; il n'y a pas traces de calculs.

Une mèche et un petit drain sont placés au contact de la plaie duodénale.

Suites opératoires. — Excellentes. La température, qui ne s'est pas

élevée au-dessus de 37°9, tombe à 37 dès le troisième jour. Le drain et la mèche sont enlevés le cinquième jour. Un trajet fistuleux persiste durant quelques jours. Le 5 septembre, la plaie est complètement cicatrisée.

Dès le troisième ou quatrième jour de l'opération, le malade commence à déjaunir d'une façon manifeste ; l'urine est moins foncée, les matières se recolorent peu à peu et le 20 septembre le malade quitte le service ; il est complètement guéri.

Revu le 8 octobre, le malade est dans un excellent état de santé. A sa sortie il pesait 77 kilogrammes, maintenant il atteint 82 kilogrammes.

J'ai revu, depuis, à plusieurs reprises ce malade. Il n'a plus eu de crises et il se porte très bien.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë.

M. A. Broca. — Malgré l'ennui de faire renaître une discussion dont l'intérêt a subi peut-être quelque refroidissement par l'interruption due aux vacances, je crois devoir indiquer comment, d'après une expérience déjà longue, je comprends le traitement de l'ostéomyélite aiguë. Je sais que, dans la communication qui a ouvert le débat, Delbet n'a pas posé la question tout à fait ainsi. Mais s'il est venu simplement nous apporter trois faits de périostite vraie et nous démontrer dans ces cas spéciaux les dangers possibles d'une trépanation inutile, M. Kirmisson d'abord, M. Toussaint ensuite en ont pris texte pour mettre en cause le traitement de l'ostéomyélite proprement dite par la trépanation, et leurs idées ne sont pas du tout les miennes.

Il serait fastidieux de rappeler les controverses sur la périostite phlegmoneuse et l'ostéomyélite, sur leur fréquence relative. On a abusé, pendant un temps, de la périostite ; pendant un autre, peut-être, de l'ostéomyélite à point de départ toujours central, bulbaire, contre la face diaphysaire du cartilage conjugal. Nous savons tous aujourd'hui que l'abcès sous-périosté pur existe : scientifiquement, on peut attribuer plus ou moins d'importance à la participation de la lame compacte sous-jacente au périoste et soutenir qu'il faut toujours, puisque cette participation est constante, parler d'ostéopériostite ; pratiquement, nous devons dire que les faits sont fort différents de ceux où la moelle centrale est infectée.

Or, ces faits sont d'une réalité indiscutable : si nous ne le savions pas, la communication de Delbet nous l'apprendrait, au moins par une, peut-être par deux observations.

On peut, en effet, malgré le mode de guérison, discuter pour l'ostéomyélite du péroné, os grêle, à mince canal médullaire, pour lequel, comme pour d'autres petits os, Lannelongue montrait, dès son mémoire de 1878, que la trépanation n'est pas indispensable, même quand l'ostéomyélite est certaine.

Il semble qu'une ostéomyélite humérale supérieure n'aurait pas par incision simple guéri aussi vite et aussi définitivement. Sur cette solidité de la cure, toutefois, mon expérience me conduit à faire quelques réserves. Il n'est pas rare de voir des sujets qui, guéris en apparence après incision simple, subissent des poussées à très longue échéance, alors que cependant l'os n'était resté ni douloureux, ni hyperostosé. Par exemple, j'ai opéré il y a un an un enfant dans les conditions suivantes.

C'est un garçon d'environ douze ans, que je soigne par intermittences depuis six ans. A la suite d'une scarlatine, compliquée d'une otite qui, négligée, aboutit à l'otorrhée chronique, il eut d'abord à la hanche, il y a six ans, une arthrite torpide, non suppurée, que je pris pour une coxalgie, traitée par l'appareil plâtré et guérie par ankylose en bonne position. Mais il s'est probablement agi d'une ostéomyélite avec arthrite, sans suppuration, car environ deux ans plus tard l'enfant me fut ramené pour un abcès sous-périosté de l'humérus gauche, en dedans, un peu au-dessus de la partie moyenne. Cet abcès, nettement inflammatoire, rouge, douloureux, avec fièvre, fut incisé par un chirurgien d'une ville de province où habitait l'enfant; pas de trépanation, guérison en quelques semaines, et je vis le sujet à plusieurs reprises, en bon état général et local; l'humérus n'était ni gros ni douloureux spontanément ou à la pression. Or, l'an dernier, — l'enfant étant depuis peu venu habiter Paris, — je fus appelé d'urgence parce qu'à l'extrémité inférieure de l'humérus, en dehors, s'était déclarée une ostéomyélite aiguë, avec abcès sous-périosté : cette fois je trépanai, je trouvai du pus dans le canal médullaire, et je croirais déraisonnable de ne pas considérer l'atteinte actuelle comme la suite de la précédente. L'ostéomyélite habitue les chirurgiens d'enfants à ces surprises désagréables.

Si donc toutes les probabilités sont pour que Delbet ait raison dans son interprétation, ce n'est pas une certitude. Et pour entraîner la conviction, j'aime bien mieux sa trépanation malheureuse, car celle-là a permis d'affirmer que la moelle centrale était saine.

Donc, nous sommes tous d'accord : les formes périostiques existent et elles sont rares. Il est à noter, cependant, que certains microbes leur donnent plus volontiers naissance que d'autres : le bacille d'Eberth, le pneumocoque sont coutumiers de ces ostéopé-

riostites superficielles, vite guéries sans nécrose ou après exfoliation d'une mince lamelle, et l'absence d'examen bactériologique me semble être la lacune que l'on pourrait reprocher à la communication de Delbet. Sans doute on a parfois abusé des caractères anatomiques et cliniques spécialement liés à l'infection de l'os par tel ou tel microbe. Dans ces assertions toutefois, et en particulier pour les deux microbes que je viens de nommer, il y a une large part de vérité. Or, d'après ce que j'ai observé, je crois que dans l'ostéomyélite habituelle de la croissance, celle à staphylocoque, les lésions ostéopériostiques superficielles sont fort rares.

C'est, d'ailleurs, d'un intérêt plutôt théorique, car séance tenante, lorsque le malade est endormi, nous n'avons pas le loisir de faire examiner bactériologiquement le pus pour déterminer si nous devons ou non ouvrir le canal médullaire. Heureusement que sur ce point de pratique, l'examen par la vue et le toucher nous renseigne de façon suffisante : comme l'a dit Delbet, on peut se dispenser de la trépanation quand on arrive sur un os dénudé mais vascularisé, ne laissant pas sourdre de pus par les canaux de Havers dilatés, ne sonnant pas sec sous le stylet. C'est également ce que je fais, en particulier quand je constate cet état sur les sujets atteints d'ostéomyélite à foyers multiples, qu'il faut soumettre, dans les opérations successives dont ils ont besoin, au minimum de trauma; et quelquefois ces foyers secondaires, dont nous connaissons l'assez fréquente bénignité relative, guérissent seulement par incision simple, ou après un petit curettage superficiel s'ils restent fistuleux. J'ai vu cela dans des ostéomyélites à streptocoques ou à staphylocoques; c'est dire que ces microbes peuvent engendrer cette forme d'ostéopériostite superficielle.

L'intérêt principal de la communication de Delbet est, pour moi, dans le cas qui nous démontre le danger possible d'une trépanation du canal médullaire dans un foyer purulent. Car le fait brutal est là : la moelle saine fut infectée par le forage de l'extrémité inférieure du tibia, et à partir de ce moment éclata une ostéomyélite bipolaire qui se termina par amputation. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu d'ennuis pour les quelques cas — rares, je le dis tout de suite — où dans le doute j'ai pratiqué une trépanation inutile; je vois que j'aurais pu en avoir et par conséquent à l'avenir je serai, pour cette exploration, plus réservé que par le passé.

Mais Delbet est loin, à propos de ce fait malheureux, d'avoir combattu le traitement de l'ostéomyélite par la trépanation. Bien au contraire, il considère que c'est le traitement de choix pour les cas habituels; que la trépanation a sauvé bien des membres, bien des vies même; qu'il y aurait plus d'inconvénients à ne trépaner jamais qu'à trépaner systématiquement. En cela, je suis tout à

fait d'accord avec lui, au lieu que je diffère gravement d'avis avec M. Kirmisson. Tandis, en effet, que M. Kirmisson, et après lui M. Toussaint, sont partis de là pour s'élever contre les opinions de M. Lannelongue sur le traitement de l'ostéomyélite, pour ma part je suis resté fidèle à l'enseignement de cet auteur, et je crois dangereux d'ériger en principe l'opération limitée au débridement large des parties molles.

La perforation du bulbe de l'os et du canal médullaire est-elle indispensable, même quand leur suppuration est certaine? Personne ne saurait le prétendre, car on aurait vite fait de démolir cette assertion avec les cas, assez nombreux, où les enfants nous sont présentés à la période chronique, avec des séquestres centraux prenant toute l'épaisseur de la diaphyse, et où on a laissé l'abcès aigu s'ouvrir de lui-même, après plusieurs semaines de maladie infectieuse plus ou moins grave. D'où cependant personne ne conclura — quoique certains auteurs importants l'aient fait il y a quelque trente ans — que le mieux est de s'abstenir.

Rien n'est variable comme la gravité de l'ostéomyélite capable — même par un petit os — de tuer le sujet en deux jours et au contraire — même par le fémur en bas — d'aboutir toute seule à la fistule et à la chronicité. D'où, précisément, la difficulté de porter un jugement sur les différents modes de traitement, de comparer entre eux les seuls cas « moyens », entre les deux formes extrêmes que je viens de signaler.

M. Kirmisson nous relate deux observations où la trépanation n'a pas réussi à enrayer le mal, à prévenir sa complication par une arthrite suppurée. Une seule chose me surprend, c'est qu'il ne nous en ait pas cité davantage. J'en pourrais apporter ici bon nombre; comme aussi bon nombre d'autres où le sujet a succombé, malgré un drainage parfait, complété par la trépanation. Mais combien aussi en pourrais-je apporter où les mêmes complications sont survenues après incision simple pratiquée par d'autres chirurgiens? Et je suis persuadé que M. Kirmisson, lui aussi, a vu des arthrites suppurées, des ostéites bipolaires, des foyers multiples, chez quelques-uns des malades qu'il traite par l'incision simple. Quel que soit le système opératoire auquel on se rallie, il n'est pas juste d'objecter quelques échecs isolés au système adverse; il faut juger sur un ensemble.

Avec l'autre mode de raisonnement, j'aurais beau jeu à critiquer l'observation dont M. Toussaint tire argument contre le traitement par la trépanation. Pour les foyers secondaires du cubitus et du tibia, rien de mieux, et cela concorde fort bien avec ce que j'ai dit plus haut. Mais pour le fémur, dont la désorganisation par suppuration médullaire, bipolaire, est hors de doute, n'est-il pas raisonnable

d'admettre que la trépanation suscondylienne pratiquée en temps utile, en même temps que l'arthrotomie de ce genou traité pendant huit jours pour rhumatisme, eût permis *peut-être* d'éviter la désarticulation de la hanche? Tout ce que je puis dire, c'est que jamais — sauf chez un adulte que je n'avais pas soigné au début — je n'ai eu à faire semblable sacrifice pour ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. J'ai vu mourir de ces malades, mais mon impression est qu'ils ont succombé malgré la trépanation, non à cause d'elle.

C'est beaucoup affaire d'impression, je le reconnais, car à vrai dire le pronostic de l'ostéomyélite, pour comparer la valeur de tel ou tel traitement, me paraît impossible à porter scientifiquement, tant est grande la différence d'un cas à l'autre selon le volume et le nombre des os atteints, la nature et la virulence du microbe causal, l'importance des lésions viscérales pyohémiques, l'état des articulations, le temps pendant lequel l'enfant est resté sans soins, par négligence ou par erreur de diagnostic. Car, vu les conditions étiologiques de malpropreté, de surmenage physique, c'est avant tout une maladie des classes ouvrières, d'où insuffisance fréquente des soins au début.

En fait, il est de règle que plusieurs jours se soient déjà écoulés lorsque l'enfant est amené à l'hôpital : toujours l'abcès sous-périostique existe, gros ou petit. Aussi la question ne se pose-t-elle guère, en pratique, de déterminer s'il faut trépaner de parti pris un os sans abcès extérieur, mais bien, étant donné un abcès dont l'ouverture s'impose, s'il faut compléter cette opération par la perforation de la diaphyse. Cela me semble impossible à décider à l'avance, mais peu importe : après incision de l'abcès sous-périosté, si on voit un os blanc, lisse, sonnant sec, largement dénudé, on peut le trépaner sans crainte, on y trouvera du pus. Or, c'est le cas de beaucoup le plus fréquent pendant la période de croissance.

Mais, j'y reviens, nous sommes tous d'accord sur ce point, que nous devons avant tout inciser largement tous les abcès des parties molles. M. Kirmisson s'est élevé à juste titre contre une mauvaise opération dont il a été témoin, contre ces trois petites incisions avec trois petits trous de flûte dans le tibia en haut, au milieu, en bas. Oui, il y a un peu de cela dans le livre initial de M. Lannelongue, en 1878; il y est question de petites contre-ouvertures pour passer des drains aux limites des décollements périostiques; or, aujourd'hui, nous incisons tous les clapiers de bout en bout. Mais qui donc voudrait souscrire, pour n'importe quelle lésion chirurgicale, aux préceptes opératoires donnés il y a trente ans? J'ai vu M. Lannelongue, depuis, recourir aux larges incisions aux-

quelles presque personne ne recourait en 1878, auxquelles nous recourons tous aujourd'hui.

Cette question étant jugée, la suivante se pose : lorsque l'aspect de l'os fait diagnostiquer une vraie ostéomyélite, est-ce une complication opératoire notable que d'ouvrir en tranchée le bulbe et le canal médullaire?

Je puis affirmer que non, et sans être grand clerc en chirurgie, on y réussit, en peu de temps, avec une gouge et un maillet. Ceci pour répondre à ce que M. Kirmisson a dit à propos des praticiens aux prises avec cette opération urgente, devant laquelle ils reculeront s'ils la jugent trop difficile : beaucoup d'entre eux, en réalité, s'y éduqueront facilement, et aux autres, je suis le premier à enseigner que, dans la plupart des cas, avec un débridement *très large* de *toutes* les collections des parties molles, ils se tireront d'affaire à leur honneur en allant au plus pressé, en se donnant le temps d'attendre sans danger l'entrée en jeu plus ou moins précoce du chirurgien de métier. Mais je me refuse à leur enseigner que c'est l'opération de choix : avec Delbet, je leur répète que par la trépanation immédiate, ils sauveraient plus de membres, plus de vies.

Peut-on aller plus loin et dire que la trépanation précoce supprime ou même diminue la fréquence des accidents divers, séquestres ou ostéite diffuse, de l'ostéomyélite prolongée? En 1878, sans cependant l'avoir nulle part affirmé, M. Lannelongue semblait avoir tendance à l'admettre. Mais sauf pour certains petits os que du premier coup on peut évider complètement, je ne crois pas que l'événement ait justifié cette espérance; je crois purement qu'on limite l'étendue des désordres. Après l'ostéomyélite des grands os longs des membres, le séquestre diaphysaire invaginé est à peu près constant, quelle que soit la méthode thérapeutique mise en œuvre. Mais toujours aussi, au cours de l'opération secondaire nécessitée par ces séquestres, on constate que la moelle centrale est suppurée, et je demeure convaincu que son drainage immédiat ne peut qu'améliorer le pronostic immédiat.

M. Routier. — J'ai été enchanté d'entendre la communication de MM. Delbet et Broca, car ils ont confirmé une opinion que je n'avais pas osé formuler, n'ayant pas eu à traiter suffisamment de cas d'ostéomyélites; je veux dire, que souvent il est inutile de trépaner l'os, et qu'on peut se contenter d'inciser largement l'abcès sous-périostique.

J'ai souvenir de deux cas au moins où j'ai pratiqué des trépanations sans trouver du pus dans l'os, sans avoir eu cependant à

déplorer des infections secondaires, telles que les a signalées mon ami Delbet.

Il faut dans tous les cas ouvrir largement les parties molles, ouvrir largement l'abcès, puis se comporter suivant l'état de l'os.

J'ai encore dans mon service une jeune fille qui est arrivée avec des phénomènes suraigus et très graves, dus à une ostéomyélite d'une phalange de l'index, et à une ostéomyélite de la partie inférieure du tibia droit.

J'ouvris largement les deux foyers, je grattai la phalange et je trépanai le tibia ; les phénomènes s'amendèrent, la malade semblait guérie, quand, deux mois après, la température remonta, et elle accusa de la douleur au niveau du péroné gauche.

J'ouvris un large abcès sous-periosté du tiers supérieur du péroné, et ne trépanai pas ; je sais bien qu'il s'agit du péroné et d'un foyer qu'on pourra dire secondaire, mais cet abcès sous-périostique a guéri assez vite, tandis qu'elle a encore une petite plaie au niveau de la trépanation du tibia.

M. J. Lucas-Championnière. — Sans avoir traité autant de cas que mes collègues spécialisés dans la pratique de la chirurgie infantile, j'ai eu à traiter beaucoup de sujets atteints d'ostéomyélite pour des raisons particulières.

Je ne méconnais pas qu'un certain nombre de cas ont été assez limités en surface pour que l'incision périostique large suffît à amener la guérison des accidents. Mais je pense que le fait est si exceptionnel, la maladie est si terrible dans ses accidents immédiats et dans ses conséquences, que je me suis fait un devoir d'ouvrir systématiquement l'os toutes les fois que le soupçon de la myélite peut être formulé (c'est le cas le plus général), de purifier jusqu'aux limites du mal, et de drainer largement.

En principe et même pour un opérateur médiocrement exercé, il faut bien se souvenir que cette intervention est facilitée par l'état de l'os, qui est d'autant plus facile à effondrer et à creuser, qu'en règle très générale c'est l'extrémité épiphysaire qu'il y a lieu d'attaquer ou la substance d'un os épais et facile à ouvrir.

Sans estimer que tous les praticiens pourront faire cette opératon, je pense que ceux qui sont susceptibles de bien ouvrir et largement un foyer périostique ne sont pas incapables de cette intervention opératoire, qui pourtant ne restera peut-être bien complète qu'entre les mains d'un chirurgien expert.

Je suis surpris d'entendre dire que cette intervention n'a pas d'influence sur l'avenir du sujet et ne peut être considérée que dans son utilité momentanée. Au contraire, mon observation de longues années, sur les cas dans lesquels ma pratique a été suivie

et sur les cas traités économiquement, me donne les convictions tout opposées.

Si j'admets, comme tous ceux qui connaissent cette chirurgie, qu'on n'est jamais à l'abri des récidives après des mois, des cinq, dix, quinze, des trente années, j'ai observé au contraire que ces cas étaient infiniment plus rares après les interventions larges et précoces.

En ce qui concerne la prise en masse d'un os par la mortification conduisant à un immense séquestre, je ne l'ai jamais observée pour les cas que j'ai pu opérer de bonne heure et largement, et pourtant, j'ai opéré quelques-uns de ces cas, dans des conditions apparentes les plus mauvaises et il y en a que j'ai suivi plus de vingt années.

Non seulement j'interviens, mais j'interviens le plus complètement possible. Il faut aller jusqu'à l'extrémité du mal et faire une opération si complète qu'elle donne un drainage parfait.

Mais il faut aussi bannir de cette chirurgie les lavages, les liquides neutres, et tout ce qui donne aux produits d'une extraordinaire virulence toutes les chances possibles d'inoculation.

Avant toute action de la gouge, avant toute pénétration dans un os sain, je détruis tout ce qui peut être septique par les antiseptiques les plus puissants, par le thermocautère, et je ne pénètre dans la substance saine qu'après ces purifications.

Je termine toutes ces actions antiseptiques par l'imprégnation, par la solution de chlorure de zinc au dixième, qui m'a paru l'antiseptique le plus efficace pour ce genre d'infection.

Je tiens à dire qu'en procédant ainsi, je n'ai jamais importé dans l'os sain l'infection de l'os contaminé, bien que j'aie ouvert largement, et je considère comme un précepte absolument indispensable de ne laisser aucune partie osseuse malade et non atteinte par l'opération. Il faut donc aller au delà du foyer. Là peut être le secret des grandes différences entre les opérateurs qui n'ont pas la même sévérité et la différence d'opinion exprimée relativement aux résultats définitifs.

Plus je suis avancé en âge et plus j'ai eu la terreur de cette terrible maladie, et la conviction d'une nécessité d'action large et rapide.

M. Tuffier. — Nous voyons moins souvent que nos collègues de chirurgie infantile les cas d'ostéomyélite aiguë, et ce sont surtout les séquelles indéfinies de cette terrible affection qui sont de notre ressort. Cependant, je ne puis partager l'opinion de M. Lucas-Championnière sur l'utilité des destructions osseuses étendues

dans la cure de l'abcès sous-périostique. Pour ma part, j'incise largement l'abcès, je le désinfecte à la teinture d'iode ; si l'os présente près du bulbe un piqueté hémorragique ou grisâtre, je le trépane, sinon je fais à la tréphine une vraie ponction exploratrice. Ma trépanation ne porte que sur l'étendue de l'abcès, et je dois dire que cela m'a suffi.

Les ostéomyélites *secondaires* sont en général moins graves et moins certainement suppurées que les foyers primitifs; souvent même on voit de ces poussées qui ne suppurent pas et se terminent par une simple périostose. L'observation de mon ami Routier est un de ces exemples d'ostéomyélite primitive suppurée du tibia, alors que l'abcès du péroné était simplement sous-périosté. Je ne crois pas qu'aucun mode d'intervention primitive puisse mettre à l'abri de ces poussées secondaires; j'ai vu il y a plus de vingt ans un jeune homme qui, atteint d'ostéomyélite aiguë de la tête du tibia, fut traité en Angleterre par l'extirpation totale de la diaphyse. Il n'en porte pas moins encore des foyers secondaires de l'humérus et de la jambe. Il faut évacuer les foyers primitifs, mais sans prétendre guérir la maladie, qui dure souvent aussi longtemps que son porteur.

M. J. Lucas-Championnière. — Je voudrais bien que mon collègue M. Tuffier ne me fît pas dire ce que je n'ai pas dit.

Ses réflexions s'appliquent à la pratique des larges résections, qui a été recommandée pour emporter avec la région osseuse malade une grande quantité de la région saine.

Cette pratique des larges résections bien loin du foyer sur l'os sain, fut celle d'Ollier et d'autres auteurs bien avant la chirurgie antiseptique. Elle avait entre ses mains donné de très mauvais résultats à côté de quelques rares succès. Elle ne paraît pas être recommandée et pour ma part je ne l'ai pas adoptée, car la conservation d'un os entier quoique ouvert, de façon à garder la continuité du squelette est chose fort intéressante et habituelle. Je me contente d'aller dans ma large intervention jusqu'à la limite du foyer d'ostéite, et je répète que pour un bon résultat définitif cette pratique est indispensable, sans que je méconnaisse qu'il y a des cas assez heureux même en l'absence de cette large intervention. Mais j'estime que ceux-ci ne sont pas assez communs pour justifier une pratique générale.

Je tiens à appuyer ce qu'a dit M. Tuffier à M. Routier. Il ne faut pas du tout comparer les foyers primitifs de l'ostéite avec bien des foyers secondaires qui, s'ils ne sont pas tout à fait périostiques, n'intéressent souvent qu'une fort petite étendue de la surface de l'os, et l'évacuation pure et simple des abcès formés entraî-

nant même quelquefois un peu de poussière osseuse, petit séquestre insignifiant et superficiel, n'ont rien à voir avec les violentes éruptions primitives de la maladie qu'il faut, suivant moi, arrêter par une intervention la plus rapide, la plus large et la plus antiseptique possible.

M. Félizet. — Ce qui m'a frappé dans l'observation très précise de M. Delbet, c'est l'extrême rareté de la lésion qu'il a décrite.

Nous parlons, bien entendu, ici, de cette maladie formidable qui a été décrite sous le nom d'*ostéite épiphysaire aiguë*, de *périostite phlegmoneuse diffuse*, et que l'on désigne généralement aujourd'hui sous le nom d'*ostéomyélite suraiguë*, de cette maladie qui, éclatant brusquement, emplit de pus le canal médullaire, frappe de mort la diaphyse osseuse, et pour laquelle la trépanation d'urgence est le traitement exclusif et pour ainsi dire héroïque.

Or, dans cette maladie, la suppuration limitée au périoste, sans lésions dans la moelle, doit être très rare.

Je déclare, pour ma part, que je ne l'ai jamais rencontrée, comme premier temps de l'ostéomyélite suraiguë.

J'ai vu des abcès sous-périostés, j'en ai ouvert un certain nombre, et j'ai pu en obtenir la guérison, sans avoir à recourir à la trépanation; mais, dans ces cas, peu fréquents d'ailleurs, la suppuration sous le périoste était un *accident primitif*, dont les lésions étaient limitées en surface et en profondeur et, en dépit de la nécrose, n'avaient aucune tendance à se propager vers la moelle.

Tout différents sont les abcès sous-périostés que nous présente, en quelques heures, l'évolution de l'ostéomyélite suraiguë.

Le traitement qui se contenterait d'ouvrir l'abcès sous-périosté serait absolument insuffisant.

C'est que, dans cette maladie, tous les éléments constitutifs de la vie de l'os sont touchés simultanément par le poison d'une influence générale, d'une infection profonde, survenue souvent en dehors de l'occasion d'un traumatisme.

Les éléments de la moelle sont enflammés et étranglés dans le canal médullaire et dans les canaux de Havers.

La suppuration sous le périoste n'est que la suite, la continuation, le dernier temps d'un travail qui, d'emblée, a frappé de mort, a *nécrosé* le tissu compact de la diaphyse.

L'observation clinique nous permet de suivre pas à pas, sur le malade, l'évolution de l'ostéomyélite. Elle nous montre, avec les symptômes généraux de l'infection, les douleurs profondes qui torturent le malade avant même que le gonflement extérieur ait manifesté, vers le périoste le passage de la moelle empoisonnée.

L'indication est d'ouvrir le foyer. Le traitement va parcourir, en sens inverse, les étapes de l'invasion du mal : inciser le périoste, trépaner l'os nécrosé, ouvrir le canal médullaire.

L'expérience m'a montré qu'il faut aller plus loin et réunir, avec la gouge et le maillet, les trous du trépan, de façon à transformer l'os en une longue gouttière, dans laquelle on poursuivra, avec des antiseptiques énergiques, la destruction de la moelle infectée.

M. Lucas-Championnière emploie la solution forte de chlorure de zinc; je l'emploie aussi, mais je vais plus loin, et j'ai recours au *flambage* pratiqué avec le chalumeau, qui procure des températures de 1.200 à 1.500 degrés.

C'est, on le voit, au centre même, au point de départ du mal, que le traitement a dû porter.

Lecture.

M. Launay. — *Myxome du nerf médian et du plexus brachial. Ablation; guérison.* — M. Morestin, rapporteur.

Présentation de malade.

Chéiloplastie pour destruction de la plus grande partie de la lèvre supérieure par lésions syphilitiques. Greffe d'une moustache.

M. Morestin. — J'ai, chez ce malade, utilisé dans un but esthétique la remarquable vitalité des poils conservés dans des lambeaux prélevés sur les régions pileuses; j'ai pu après chéiloplastie lui refaire une moustache destinée à compléter l'harmonie du visage et à cacher diverses cicatrices. Le sujet atteint d'une forme grave de syphilis, avait, à la suite d'accidents tertiaires, perdu la plus grande partie de la lèvre supérieure, la commissure droite, et même une certaine étendue de la partie voisine de la joue. J'ai d'abord procédé à la réfection de la lèvre supérieure, d'une part, en mobilisant les débris de cette lèvre et la partie adjacente de la joue gauche, taillant dans cette joue un lambeau rectangulaire, et d'autre part, en utilisant un lambeau comprenant le tiers droit de la lèvre inférieure. Le résultat fut satisfaisant, mais la nouvelle lèvre demeurait couverte de cicatrices, vestiges des accidents spécifiques antérieurs à l'intervention chéiloplastique. J'ai eu alors l'idée de débarrasser cette lèvre de ses téguments lisses





cicatriciels, et d'y appliquer des lambeaux taillés dans la peau des joues couvertes de poils abondants. L'opération a donné ce que j'attendais, et le sujet est aujourd'hui porteur d'une moustache très suffisante, très présentable et qui l'a métamorphosé. Je n'insisterai pas sur les détails de l'intervention que j'ai déjà relatés à la Société anatomique (févr. 1904), dans une note sur l'emploi des lambeaux prélevés sur les régions pileuses. Mais je crois intéressant de vous présenter le malade opéré en 1903, pour montrer la persistance du résultat, la vitalité des poils transplantés ne s'étant pas démentie depuis quatre ans.

M. Delorme. — Je tiens à faire remarquer que le résultat obtenu par M. Morestin est tout à fait remarquable. Il serait bien difficile à une personne non prévenue de douter que la barbe de cet opéré soit une barbe normale.

Présentation de radiographies.

Radiographie plastique.

M. Tuffier. — Je vous présente des épreuves de radiographie plastique, faites par Paul Aubourg, mon ancien interne. Elles me paraissent constituer un progrès notable en radiographie.

La radiographie plastique consiste à obtenir avec une épreuve radiographique ordinaire, qui donne une image plane des organes, une nouvelle épreuve qui donne une image quelque peu en relief, une certaine reproduction et imitation matérielles des formes, comme on définit le plastique en statuaire ou en peinture. Mais surtout ces épreuves secondaires plastiques permettent de déceler des détails dans l'architecture des os et dans les parties plus molles, détails qui n'étaient point perçus dans la radiographie ordinaire.

Cette nouvelle méthode fut présentée par Alexander au deuxième Congrès de radiologie de Berlin, fit l'objet de nombreuses communications en Hongrie, Autriche et Allemagne et souleva de nombreuses discussions sur le meilleur procédé à employer, comme en témoignent les articles de Schellenberg (1), Lewishon (2), Albers Schonberg (3), Stein (4), Gergo (5). Dans le

(1) Schellenberg. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 19, 1906.
(2) Lewishon. *Deustche medizinische Wochenschrift*, n° 26, 1906.
(3) Albers Schonberg. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 23, 1906.
(4) Stein. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 31, 1906.
(5) Gergo. Troisième Congrès de Radiologie de Berlin, avril 1907.

service du professeur Dollinger, à la clinique A de Budapesth, le Dr Gergo a bien voulu nous montrer la technique à laquelle il s'est maintenant arrêté, et c'est cette technique que nous avons suivie pour obtenir les épreuves plastiques ici reproduites — et qui peut se résumer en trois temps :

Premier temps. — Obtenir une plaque négative ordinaire avec les plaques ordinaires pour rayons de Rœntgen.

Deuxième temps. — Tirer un positif sur verre, avec une plaque diapositive, ou, ce qui suffit, avec une plaque ordinaire.

Troisième temps. — Mettre GÉLATINE CONTRE GÉLATINE les deux plaques ainsi obtenues. Les regarder par transparence à la lumière et les faire glisser très légèrement l'une sur l'autre jusqu'à obtenir l'image plastique voulue, c'est-à-dire jusqu'à ce que le contour de l'image des ombres et des lumières donne l'apparence du relief cherché. Ce glissement peut varier de un quart à un demi-millimètre dans le sens latéral ou vertical. A ce moment on immobilise les deux plaques, soit avec du papier gommé, soit avec de simples étiquettes. Ces deux plaques ainsi collées sont mises dans un appareil photographique à agrandissement et l'on tire de la même grandeur un NÉGATIF PLASTIQUE. Ce négatif s'obtient avec une plaque ordinaire. Quand il est développé et séché, il est facile de tirer une épreuve positive sur papier ordinaire pour arriver aux épreuves ici reproduites.

Ces manipulations, qui à la lecture semblent compliquer le *modus faciendi* habituel, sont en somme assez rapides et faciles. Mais surtout on est frappé à la lecture de l'épreuve définitive, du degré de plasticité obtenu. Les interlignes articulaires sont beaucoup plus marquées ; l'architecture osseuse se dessine avec beaucoup plus de netteté, au niveau du calcanéum par exemple : à la partie inférieure, on voit l'aponévrose plantaire, à la partie supérieure, les tendons des muscles du pied.

Dans le service du professeur Dollinger, nous avons vu des synoviales du genou après hémarthroses, et le Dr Gergo nous a dit avoir pu ainsi déceler la synosite tuberculeuse au début.

Aussi les conclusions de Gergo au Congrès de Berlin semblent très acceptables :

« 1° Jusqu'ici, les radiographies étaient de simples silhouettes des os. Avec cette meilleure technique, les rayons de Rœntgen dessinent plus exactement les contours osseux et les images ne sont plus des images planes, mais des images en perspective.

2° La plasticité des épreuves vient perfectionner la valeur scientifique et pratique des radiographies simples ordinaires, et la méthode d'Alexander devient d'un haut intérêt radiologique ».

Présentation d'instrument.

Œsophago-bronchoscopie.

M. Pierre Cauzard présente une nouvelle instrumentation pour la laryngoscopie directe, selon la méthode de Kirstein, pour la trachéo-bronchoscopie, selon la méthode de Killian et pour l'œsophagoscopie, caractérisée par un éclairage direct *mobile*, adaptation à l'endoscopie profonde de l'urétroscope Valentine. — M. Demoulin, rapporteur.

Présentation de pièce.

Lipome du cœur.

M. F. Legueu. — Je vous présente un lipome du cœur. C'est une lésion très rare, et dont je n'ai trouvé que quatorze exemples. C'est une lésion purement médicale, et si je l'apporte ici, c'est qu'elle a joué en chirurgie un rôle tragique.

Je l'ai recueillie sur une enfant de seize ans, que j'opérai d'appendicite à froid. Nous savions qu'elle avait une lésion cardiaque, mais nous n'avions attaché à celle-ci aucune importance. Or, à la suite de l'opération, le pouls s'accéléra en même temps que la température monta : la malade mourut en trois jours, sans aucun phénomène abdominal.

A l'autopsie, nous avons trouvé ce lipome du cœur, gros, volumineux, situé au contact de l'orifice tricuspide ou de l'artère pulmonaire, avec une thrombose de l'artère pulmonaire. Celle-ci, d'ordre récent, et peut-être due à une ambolie septique, était la cause de la fièvre. Mes élèves Verliac et Morel publient d'ailleurs un travail très complet sur ce point.

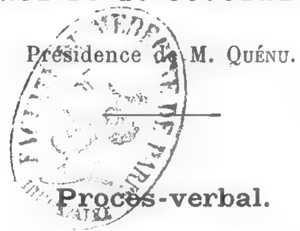
Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1907

Présidence de M. Quénu.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une observation de M. le Dr H. Toussaint, médecin principal de l'armée, membre correspondant de la Société, intitulée : *Plaie par balle de revolver, du lobe temporal, avec rupture de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Ligature et drainage. Guérison.* — Publiée ci-dessous.

Lecture.

Plaie par balle de revolver, du lobe temporal, avec rupture de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Ligature et drainage. Guérison,

par M. H. TOUSSAINT, membre correspondant,
Médecin principal de l'armée.

L'attention du chirurgien et sa conduite semblent devoir être mises en éveil, et, sans doute, guidées par l'observation suivante :

Il s'agit d'un soldat du génie, qui, le 28 août, est entré dans mon service à l'hôpital de Lille, à 1 heure de l'après-midi. Il venait de se

loger dans la tête une balle blindée d'un revolver du commerce, calibre 6 millimètres. Relevé sans connaissance dans la rue, il fut apporté directement à la salle d'opération. Etat subcomateux, cris hydrencéphaliques, pas le moindre signe de localisation de paralysie ou de trouble de sensibilité; les pupilles sont également dilatées.

L'orifice d'entrée est à 4 centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique droite à sa partie moyenne, par conséquent sur le trajet de la branche antérieure de la méningée moyenne. Le sang s'écoule en bavant en abondance.

Le blessé a dû s'effondrer et tomber violemment sur le côté gauche de la figure, car la face y est éraflée; le nez est profondément fissuré, et la bosse frontale dans la région sourcilière présente une collection sanguine.

La trépanation me parut avoir son indication, je la fis séance tenante.

Après avoir incisé un large lambeau à pédicule inférieur, on vit s'écouler par l'orifice osseux du sang charriant de la substance cérébrale avec liquide céphalo-rachidien. La couronne du trépan porta au-dessus de la solution de continuité; après l'incision de la dure-mère et la régularisation du trou d'entrée à la pince-gouge pour le faire communiquer avec la plaie osseuse opératoire, le sang s'écoula librement, charriant des débris de substance cérébrale. Puis, après avoir tamponné un instant, je fus surpris de voir la méningée moyenne donner un jet dans l'angle inférieur où, primitivement sectionnée, elle s'était recroquevillée. Ligature au catgut.

C'est alors que l'extrémité de mon petit doigt me donna la sensation d'une esquille siégeant à 3 centimètres environ dans le trajet; deux tentatives d'extraction avec la petite pince de Chaput restant infructueuses, il ne me restait plus qu'à laisser en place un drain pénétrant de 4 centimètres dans le trajet; il y fut maintenu pendant dix-huit jours.

Mais le projectile pouvait être la cause de la bosse sanguine de la région fronto-sourcilière gauche. Pour m'en rendre compte, j'incisai horizontalement le long du sourcil.

Le frontal mis à nu ne permit pas d'y constater la moindre lésion; tout autre acte opératoire devenait donc superflu.

Mon opéré n'eut pas la moindre réaction fébrile; il est sorti le 20 octobre de l'hôpital.

Aujourd'hui, la guérison semble absolue, car on ne constate pas le moindre trouble de la motilité, ni de la sensibilité, soit générale, soit spéciale; pas de perte de mémoire, pas d'affaiblissement intellectuel.

Les cicatrices temporale et sourcilière, recouvertes de cheveux et de poils, sont toutes deux invisibles. Ce très beau jeune homme n'a rien à faire changer dans son signalement.

Selon notre habitude vis-à-vis de toute plaie infectée par les poussières du sol, deux injections de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique ont été faites : l'une le jour de l'opération, la seconde huit jours après.

Les radiographies prises par le Dr Duhain dans les plans transversal

et longitudinal montrent que la balle, non déformée, se trouve à hauteur de la pointe du rocher droit, à 8 centimètres de la bosse occipitale externe dans le sens antéro-postérieur et à 6 centimètres de l'écaille du temporal droit.

On n'aperçoit pas d'ombre signalant une esquille libre que j'avais cru sentir avec la pulpe du petit doigt.

La guérison ne saurait être le résultat que des trois indications cliniques suivantes remplies à leur point initial :

1° Injection préventive de sérum antitétanique;

2° Drainage prolongé;

3° Débridement et hémostase.

L'accord s'est fait aujourd'hui sur la spécificité du traitement préventif du tétanos par les injections de sérum pratiquées au moment le plus rapproché de l'accident : 10 à 20 centimètres cubes et répétées huit jours après.

Ma pratique hospitalière m'a permis ainsi de ne jamais avoir eu à déplorer dans mon service l'apparition d'un seul cas tétanique, alors que j'ai pu en voir dans des salles voisines où cette pratique n'avait pas lieu.

Le *drainage prolongé* des plaies du cerveau, produites par coup de revolver du commerce tiré à bout portant, est vraiment indispensable pour s'opposer à la formation ultérieure d'une cavité close et infectée.

Car fort étendue en surface et en profondeur est la désorganisation du trajet par l'effet de la pression hydrostatique; seul, le drainage est à même d'assurer l'élimination de cette scorie toxique, dont la réparation lente exige qu'elle se fasse naturellement sous le couvert d'un large pansement aseptique.

Le *débridement* enfin, avait ses indications absolues. L'état subcomateux pouvait, en effet, être le fait de la compression encéphalique par un épanchement sanguin, soit d'origine centrale, soit périphérique. Or, je n'avais prise que contre ce dernier, en mettant à nu l'artère méningée moyenne, à proximité du trajet de laquelle existait l'orifice de pénétration du projectile. Il semble bien digne de remarque que l'artère avait été sectionnée par le projectile et que son extrémité proximale recroquevillée, ne recouvra sa perméabilité, sous nos yeux, qu'après mobilisation d'un caillot, lors du débridement. La ligature a alors permis au chirurgien d'être rassuré sur l'absence d'hémorragie artérielle secondaire, qui avait toutes chances de se produire et d'amener la mort du blessé en cas de non-débridement préventif.

Ce qui rend plus complexe ce problème du traitement, c'est qu'au projectile, métal ou carton, se surajoute dans ces cas de

coups de feu tirés à bout portant, l'action du *projectile-air*, qui réduit en bouillie les tissus, la substance cérébrale, en particulier. « Au point de vue chirurgical, l'encéphalite tardive (ayant débuté le sixième jour et amené la mort le onzième) localisée au pourtour de la perte de substance due au coup de feu, me paraît digne d'être signalée, ainsi que l'absence de méningite généralisée à la suite de pareils désordres. »

C'est ainsi que s'exprimait M. Demandre en 1884 dans les *Archives de médecine militaire*, à propos d'une tentative de suicide par un revolver appliqué à hauteur de la fosse temporale droite. Si j'en juge par mon cas heureux d'aujourd'hui, le seul moyen d'aller au-devant de cette encéphalite est, certes, après le débridement osseux et méningé, d'assurer le drainage profond et prolongé du cerveau lui-même.

A l'occasion du procès-verbal.

Drainage du canal hépatique pour lithiase du cholédoque et drainage vésiculaire pour cholécystite et angiocholite typhoïdique.

M. Mauclaire. — Dans la discussion en cours, plusieurs points ont été envisagés successivement. Tout d'abord, il s'agissait du drainage de l'hépatique pour lithiase cholédocienne; puis, par comparaison, on a parlé du drainage de la vésicule, et enfin du drainage vésiculaire pour angiocholite et cholécystite post-typhoïdique. Je ne viens pas apporter des conclusions générales, car je n'ai qu'une faible expérience de la chirurgie biliaire. Je n'ai pratiqué, en effet, que 19 cholécystostomies, 8 cholécystectomies, 3 cholédocotomies, 3 explorations des voies biliaires pour lithiase présumée et enfin deux incisions de phlegmons biliaires (1).

Je me contenterai d'exposer quelques observations récentes en rapport avec les points qui ont été envisagés dans cette discussion.

Au point de vue de la *technique opératoire* je n'ai rien à signaler, si ce n'est que deux fois il m'a été impossible d'isoler la vésicule de ses adhérences intestinales, et je n'ai pas cru devoir prolonger les recherches pour arriver sur le cholédoque. C'est ainsi qu'hier

(1) Ces 33 cas sont exposés sommairement dans une clinique parue dans le *Concours médical*, en août 1907.

encore, j'ai dû me contenter d'enlever de la vésicule un calcul gros comme une mandarine, et je n'ai pas cru devoir prolonger l'opération chez une malade très affaiblie, pour explorer le cholédoque. Ce que je ferai cependant dans une séance opératoire ultérieure si cela est nécessaire.

Au point de vue des *résultats immédiats*, voici une première observation :

Obs. I. — *Lithiase vésiculaire dans des diverticules intrahépatiques. Lithiase cholédocienne. Drainage de l'hépatique. Mort par hémorragies capillaires subintrantes le septième jour.*

P..., âgée de quarante-trois ans, entre le 2 avril 1907 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Le Dentu, que je remplaçais. Dans ses antécédents signalons des bronchites répétées depuis treize ans. Première crise très violente de colique hépatique, il y a un an. Deuxième crise, il y a neuf mois. Depuis, la malade est ictérique. Actuellement le facies est très jaune. Sur tout le corps existent de nombreuses lésions de grattage. Le foie est très gros, il déborde de quatre travers de doigt le rebord costal. On sent la vésicule biliaire descendant verticalement et mobile avec les mouvements respiratoires. Elle est peu douloureuse à la pression.

La malade est très amaigrie. Les urines sont riches en pigment biliaire. Les matières fécales sont décolorées. Il n'y a pas de fièvre, au contraire, la malade est hypothermique, elle est très affaiblie. Injections sous-cutanées d'eau salée pendant plusieurs jours avant l'opération.

Opération le 8 avril 1907. — La malade est endormie au chloroforme, mais pendant l'opération elle a eu plusieurs tendances à la syncope et l'opération fut terminée sans chloroforme. Incision de Kehr.

Le foie est très jaunâtre, avec cirrhose biliaire. Le rebord du foie est très épais, induré, avec des noyaux sur la face convexe faisant songer à des noyaux néoplasiques. La vésicule biliaire est explorée et incisée. Elle contient de nombreux calculs et il y a comme des diverticules du corps de la vésicule biliaire dans le tissu hépatique; et dans chacun de ces diverticules intrahépatiques se trouvent des calculs qui affleuraient la face convexe de la glande; ce sont eux que j'avais pris pour des noyaux néoplasiques du rebord hépatique.

Exploration des voies biliaires principales. Dans le cholédoque, près du duodénum, je trouve deux calculs. Exploration négative du canal hépatique et du canal cholédoque jusque dans l'intestin.

Drainage de l'hépatique. La cholécystectomie était impossible à cause des diverticules intrahépatiques; j'en ai fixé le fond à la paroi abdominale.

Pendant sept jours, l'état de la malade fut assez bon, malgré une légère congestion pulmonaire provoquant une toux répétée.

Sept jours après, le lundi 15, survient, pendant la nuit, par le drain hépatique, une hémorragie capillaire d'un demi-litre de sang. La plaie est tamponnée seulement le mardi matin. On fit une injection sous-

cutanée de sérum antidiphtérique. De la glace fut appliquée localement, 5 grammes de chlorure de calcium furent prescrits en potion. De nouvelles hémorragies moins intenses survinrent les jours suivants. La malade s'affaiblit et elle succomba le 18, soit dix jours après l'opération.

Ce qui est tout d'abord intéressant dans cette observation, c'est l'existence de ces diverticules vésiculaires venant affleurer la face convexe du foie.

Les diverticules de la vésicule biliaire ont été observés surtout au niveau du col de la vésicule. Ehrhard (1) vient de nouveau d'attirer l'attention sur eux. Sont-ils toujours primitifs? Je pense qu'ils pourraient bien être secondaires.

Le deuxième point intéressant, c'est la persistance de ces hémorragies capillaires et leur abondance. Kehr, pour les prévenir ou les traiter, donne aux malades du chlorure de calcium, soit en lavements, soit en potion. Chez notre malade, ce traitement a été insuffisant; il est vrai qu'elle était déjà bien affaiblie avant l'opération.

Quant aux *résultats éloignés du drainage de l'hépatique*, comparativement au drainage vésiculaire, je ne peux pas dire ce qu'ils ont été chez mes opérés, car il s'agit de malades d'hôpital que je n'ai pas pu revoir pour la plupart, sauf dans un cas que voici.

Obs. II. — *Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec hépatoptose. Drainage de l'hépatique et hépatopexie. Résultat éloigné; persistance de quelques petits troubles avec hépatoptose récidivante.*

H. B..., âgée de trente-neuf ans, entre en juillet 1906 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Le Dentu que je remplace. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents jusque il y a six ans. A cette époque, survint une première crise de colique hépatique avec ictère très marqué et décoloration complète des matières. Depuis, les crises sont survenues assez fréquemment au nombre de trois ou quatre par an.

La dernière crise date de juin dernier. Actuellement la malade a la peau et les conjonctives très jaunes. Le foie est très abaissé, il déborde de cinq travers de doigt le rebord costal; son grand axe n'est pas transversal mais oblique de bas en haut et de droite à gauche. On sent la vésicule biliaire distendue et par conséquent également très abaissée. Elle est douloureuse à la palpation.

L'état général est médiocre. La malade est amaigrie. Elle n'a plus d'appétit. Les urines contiennent des pigments biliaires. La malade est constipée et les matières sont décolorées. Apyrexie.

Opération le 2 août. — Incision de Kehr. La vésicule biliaire est

(1) Ehrardt. *Congrès des chirurgiens allemands*, avril 1907.

énorme. Elle contient une quinzaine de calculs à facettes et une bile très colorée. Elle adhère à l'épiploon et au côlon transverse. L'hiatus de Winslow est oblitéré. L'exploration des voies biliaires démontre l'existence de deux calculs dans le cholédoque, tout contre le duodénum. Ils sont enlevés facilement. Le cathétérisme du cholédoque vers le canal hépatique, puis vers l'intestin, montre qu'il n'y a pas d'autres calculs. Je fais alors l'extirpation de la vésicule biliaire, très adhérente au foie dont elle est séparée avec le thermocautère. Je mets un drain remontant du cholédoque jusque dans le canal hépatique; ce drain est fixé avec un catgut aux parois du cholédoque. Tamponnement assez serré de la région. Enfin, pour terminer, je fais une *hépatopexie* du lobe droit hypertrophié, fixation avec des fils de catgut en anse, rapprochant le bord hépatique induré et les muscles de la paroi abdominale antérieure à travers le péritoine pariétal.

Après l'opération, la bile ne s'écoule pas bien par le drain-siphon. J'enlève les mèches le deuxième jour, et avec une seringue je fais une aspiration dans le drain hépatique. Il sortit aussitôt une grande quantité de bile assez épaisse. Le drain est laissé dix-huit jours. Les matières se colorèrent rapidement. Une fistulette persiste pendant six mois avec des intermittences de fermeture.

J'ai revu la malade ces jours-ci, son état général est très bon, le facies n'est plus jaunâtre. Elle ne veut ou ne peut suivre aucun régime alimentaire. Elle a quelques douleurs de temps en temps. Mais son foie est redescendu dans l'hypocondre; une fistulette persiste.

Outre la question des résultats éloignés dans cette observation, le point intéressant, c'est celui de l'*hépatoptose*. Kehr y a insisté, il a recommandé l'hépatopexie par quelques points marginaux pour faciliter le drainage de la région sous-hépatique. Haasler (1) l'a aussi recommandée et récemment Mariani (2) rapporte cinq cas dans lesquels il a fait cette hépatopexie complémentaire.

Si j'insiste sur cette hépatoptose récidivante, c'est que je pense qu'elle est pour quelque chose dans les quelques troubles qui persistent chez ma malade; il s'agit en effet chez elle d'une hépatoptose très marquée. Dans un cas déjà rapporté de lithiase simplement vésiculaire, j'avais vu disparaître cette hépatoptose (3).

Dans la discussion, il a été encore question de l'*angiocholite et de la cholécystite post-typhoïdique.*

D'après les recherches récentes, on sait que l'infection éberthienne des voies biliaires est à peu près constante au cours de la fièvre typhoïde et qu'elle est due à l'élimination par le foie des

(1) Haasler. *Congrès des chirurgiens allemands*, août 1907.
(2) Mariani. *Gazzetta degli ospedali*, février 1907.
(3) Mauclaire. *Société anatomique*, 1897.

bacilles en circulation dans le sang. Récemment Odour (1), Lemierre et Abrami (2) ont reproduit expérimentalement la cholécystite et la péri-cholécystite typhique.

Voici un premier cas intéressant, quoique négatif, et observé à l'hôpital Dubois dans le service des contagieux.

Il s'agissait d'un malade typhique au huitième jour de sa dothiénentérie. Au niveau de la région vésiculaire, il existait de l'empâtement, de l'œdème de la paroi, de la matité à la percussion, de l'hyperthermie et une douleur très vive. M. Courtois-Suffit admit l'existence de cholécystite ou péri-cholécystite.

La laparotomie exploratrice fut faite le dixième jour. J'ai trouvé simplement l'épiploon ratatiné autour de la vésicule. Celle-ci était apparemment saine, de même que les voies biliaires.

Je n'ai pas cru utile de drainer celles-ci. La guérison opératoire a été régulière.

Voici maintenant un autre cas intéressant :

Observation. — *Angiocholite et cholécystite typhoïdique. Cholécystostomie temporaire. Guérison.*

J..., âgée de cinquante-deux ans, entre le 30 avril 1903 dans mon service à l'hôpital Dubois. Dans ses antécédents personnels nous notons une jaunisse à l'âge de treize ans, une pneumonie à quinze ans, une phlébite post-puerpérale à vingt-huit ans, l'influenza en 1890, une entérite grave en 1906. A la fin de l'année 1906 la malade présente presque tous les signes d'une fièvre typhoïde, et étant donnée une douleur hépatique on pensa à une hépatite ou au paratyphus. Elle avait une douleur très vive au niveau du foie qui était gros et aussi une douleur dans la fosse iliaque droite. Il n'y avait pas de diarrhée. Ce qui était particulier, c'était la persistance d'une fièvre à 40 degrés pendant deux mois, puis la température retomba à la normale.

Mais quinze jours après, nouvelle crise hépatique avec fièvre à 40 degrés, douleurs hépatique et iliaque intenses, vomissements, hémorragies intestinales, ménorragies, état subictérique.

Cet état fébrile typhoïdique dure quarante jours. Le 20 mars, la malade semble entrer en convalescence. Le 5 avril, nouvelle crise aiguë avec 40 degrés pendant quinze jours et toujours les mêmes symptômes hépatiques. M. Macaigne pensa à une angiocholite avec cholécystite post-typhoïdique, car le sérum de la malade agglutinait.

Au commencement de mai, la température descend à 37°8 en moyenne.

J'examine la malade, le foie est un peu douloureux au niveau de la vésicule. On croit sentir de l'empâtement, le faciès est normal, mais les

(1) Ch. Odour. Cirrhose biliaire d'origine éberthienne. *Thèse*, Paris, 1906.

(2) Lemierre et Abrami. *Société de biologie*, 27 juillet 1907. Voir aussi Cassuto. Abcès du foie d'origine typhique. *Thèse*, Paris, 1900.

mains sont jaunes. Les matières sont partiellement décolorées, les urines ne sont pas foncées.

Le 16 mai, je fais une intervention, pensant trouver une cholécystite suppurée avec lithiase. Incision de Kehr. Le foie est un peu jaunâtre et légèrement hypertrophié. La vésicule est légèrement distendue, sa paroi est peu hypertrophiée. Elle ne contient pas de calculs ni de bouillie calculeuse. La bile qui s'écoule paraît normale. Exploration digitale des voies biliaires (hépatique et cholédoque). Elles ne paraissent pas augmentées de volume. Je ne sens aucun calcul appréciable par ce procédé. Je fais la cholécystostomie. La bile est examinée par M. Macaigne, elle ne contient pas de microbe aérobie. La fistule biliaire est maintenue six semaines; les matières fécales se sont recolorées après l'opération. Depuis, c'est-à-dire depuis six mois, la malade est restée guérie, sans fièvre ni crises hépatiques.

En somme, je pense avoir été en présence ici d'un cas d'angiocholite et de cholécystite typhique ou typhoïdique, traitée à sa terminaison par la cholécystostomie, et je pense que cette opération a évité une nouvelle rechute, bien que la bile fût devenue stérile au moment de l'intervention.

Telles sont les trois observations que j'ai tenu à rapporter à propos de la discussion actuelle sur le drainage hépatique pour lithiase cholédocienne ou vésiculaire et pour cholécystite et angiocholite post-typhoïdique.

M. Lejars. — La discussion qui vient de finir a été intéressante: elle a apporté une nouvelle contribution à la chirurgie biliaire et laisse des documents de grande valeur; dans ces questions si complexes, et toujours en évolution, pourrait-on dire, les faits nouveaux ne sont-ils pas, avant tout, désirables? Ceux que M. le professeur Terrier nous a communiqués, les observations de nos collègues Routier, Bazy, Picqué, Souligoux, Mauclaire, démontrent, une fois de plus, les services que nous pouvons attendre de la méthode opératoire dite méthode de Kehr, du drainage direct du canal biliaire commun, après ablation de la vésicule et du cystique; ils ont démontré aussi que la découverte du canal hépatique et cholédoque est parfois très malaisée, surtout, comme l'a fait voir M. Picqué, lorsque la vésicule a été enlevée au cours d'une intervention préalable, et que le drainage du canal biliaire peut être d'application difficile, et même impossible, quand on opère pour des angiocholites anciennes ayant créé une atrésie et des rétrécissements inflammatoires des conduits ; les cas rappelés par M. Terrier, ceux de M. Bazy, témoignent des altérations profondes que les canaux biliaires ont alors subies, assez souvent, et des

obstacles qui s'opposent à l'exécution régulière du drainage hépatique.

La méthode n'est donc pas, en pratique, toujours utilisable; il convient d'en être prévenu, surtout lorsqu'on agit pour des accidents d'infection biliaire chronique, sans calculs et sans rétention. Est-elle, d'ailleurs, toujours nécessaire, et doit-elle passer pour une pratique exclusive, destinée à remplacer tous les autres modes opératoires ? Je ne crois pas que personne ait jamais eu l'idée de le soutenir, et, pour ma part, une pareille conception était fort loin de ma pensée ; lorsqu'on a acquis quelque expérience de la chirurgie biliaire, on n'est plus exposé à défendre ces formules univoques. Je reconnais, d'ailleurs, que, dans mon rapport, l'exposé trop bref des indications prêtait un peu au soupçon d'intransigeance ; je me félicite, en vérité, de ce défaut de mon écriture, s'il m'a valu la courtoise et intéressante riposte de mon ami M. Hartmann.

On eût dit, à l'entendre, qu'il prisait peu l'opération de Kehr, et qu'il tenait surtout à défendre, contre une nouveauté surfaite, nos anciennes pratiques opératoires ; à le lire, je me suis aperçu qu'en réalité nos opinions ne différaient guère. Hartmann a eu d'excellents résultats éloignés de ses opérations limitées aux voies biliaires accessoires, et la proportion de 87 p. 100 qu'il relève est fort remarquable et vaut d'être enregistrée; nous avons tous obtenu de bons résultats en moins grand nombre, peut-être, que M. Hartmann, de la cholécystectomie simple, de la cholédocotomie sans drainage direct, et même de la cholécystectomie, nous n'avons nulle intention de renoncer à ces interventions. Nous croyons seulement que leurs indications se sont restreintes depuis que nous savons mieux intervenir sur les gros canaux.

Rapport.

De l'intervention immédiate, dans les coups de feu de l'oreille,
par M. ROBERT PICQUÉ.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

La question de l'intervention dans les coups de feu de l'oreille n'a été que rarement envisagée dans notre Société. En 1888, le professeur Berger affirmait le principe de l'intervention immédiate.

Dès cette époque, quelques chirurgiens se rallièrent à son opinion, mais depuis lui la question ne fut plus discutée.

En consultant nos Bulletins, on trouve, en 1889, la relation d'un cas dans lequel notre collègue Kirmisson parvient à guérir une suppuration de l'oreille en pratiquant l'extraction du projectile le vingt-quatrième jour; dans ce cas il existait une indication opératoire des plus nettes. En 1900, Rochard nous montre un projectile qu'il a extrait de l'oreille, ce qui avait déterminé une section du nerf facial et une suppuration mastoïdienne : mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans l'emploi de l'appareil de Contremoulins.

Si, depuis vingt ans, cette question n'a plus été l'objet d'aucune étude nouvelle au sein de notre Société, nos livres classiques, Le Dentu et Delbet dans le *Traité de Chirurgie*, Lejars dans sa *Chirurgie d'urgence*, Legueu dans ses *Leçons cliniques*, ont marqué et vulgarisé le principe de l'intervention immédiate. La question paraît donc aujourd'hui jugée, et cependant à propos d'un fait qui nous a été adressé récemment par M. Robert Picqué, agrégé au Val-de-Grâce, et que vous m'avez prié d'analyser, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de la reprendre pour préciser quelques points relatifs aux indications et à la technique opératoire.

Voici d'abord cette observation :

Le cavalier G..., du 12e cuirassiers, dans une tentative de suicide, une nuit de décembre 1906, se loge dans la tête trois balles d'un revolver de poche de petit calibre.

Il arrive au Val-de-Grâce, le lendemain, vers trois heures de l'après-midi, transporté d'une commune de banlieue, où il se trouvait en permission.

Il se présente dans une sorte de torpeur, qui pourrait être prise à première vue pour du coma, mais dont il sort assez facilement pour répondre aux questions qu'on lui pose.

On constate alors trois orifices de balles : un occipital, deux pré-auriculaires à droite ; leur pourtour, noirâtre, est incrusté de débris de poudre ; il n'en sort ni matière cérébrale, ni liquide céphalo-rachidien ; la pression fait seulement sourdre un peu de sang par les orifices antérieurs.

Pas de symptôme de compression ; pas de stertor; température 37°6, pouls 80. Pas de paralysie faciale ; l'ouïe semble affaiblie du côté lésé, bien que des réponses précises soient difficiles à obtenir du malade.

Nous nous mettons aussitôt en mesure de procéder au débridement et à la désinfection de ces plaies, et si possible à l'extraction des projectiles, que l'ensemble des symptômes permet de supposer superficiellement situés.

Opération. — 1° Un volet cutané occipital permet, après évacuation d'un hématome, d'extraire facilement un projectile de plomb, aplati

contre la paroi cranienne; le volet est suturé sur tout son pourtour; à son centre, une mèche est placée dans l'orifice du projectile débridé et régularisé;

2° Une incision verticale est menée, en avant du pavillon, répondant aux deux orifices d'entrée.

Le stylet, introduit par l'orifice supérieur, conduit vers la fosse zygomatique : une pince de Kocher en ramène assez facilement la balle aplatie.

L'orifice inférieur conduit, au contraire, vers la mastoïde. C'est donc à travers le conduit déchiré que nous devons aller à la recherche du prejectile intra-pétreux : nous le sentons, en effet, coincé à la base du rocher, entre celle-ci et le bord antérieur de la mastoïde.

L'extraction en est assez laborieuse. D'abord, en raison de la voie pré-auriculaire un peu détournée; par plusieurs fois, nous songeons même à l'abandonner pour la voie mastoïdienne; mais, devant l'inconvénient possible d'une incision rétro-auriculaire, pour le pavillon déjà décollé en avant sur une grande hauteur, nous parvenons à nous faire un jour suffisant vers le rocher, en ouvrant et décollant plus largement le conduit.

Ensuite, en raison de l'enclavement du projectile, nous sommes obligés de pratiquer au ciseau l'abrasion de plusieurs copeaux osseux, et de subdiviser le projectile en plusieurs fragments.

La plaie est tamponnée par des mèches.

Les suites opératoires furent excellentes : il n'y eut jamais d'élévation de température : la plaie occipitale se ferma rapidement; de même la pré-auriculaire, la suppuration venue du foyer osseux profond se faisant jour dès lors directement par le conduit; il fallut deux ou trois fois curetter les bourgeons charnus qui tendaient à obturer celui-ci et à s'opposer à l'issue du pus; puis l'asséchement se fit.

Et il ne persista de tous ces délabrements que des cicatrices assez dissimulées et la perte de l'audition du côté droit.

Il s'agit dans ce cas d'une plaie de l'oreille par balle de revolver.

Au point de vue des indications opératoires, il est indispensable d'envisager à part les plaies par armes de guerre,

Celles-ci, en effet, limiteront rarement leurs dégâts au squelette de l'oreille ; d'autre part, les principes du traitement des blessures de guerre sont, en raison des conditions spéciales de milieu, radicalement opposés à ceux des blessures qu'on observe dans la pratique civile.

Je n'étudierai donc dans ce rapport que les indications fournies par les plaies produites par des armes de petit calibre.

Alors que nos prédécesseurs préconisaient l'abstention quasi systématique en invoquant la tolérance des tissus pour les projectiles et aussi leur enclavement, nous devons aujourd'hui pour justifier le principe de l'intervention nous appuyer au contraire

sur l'étude des lésions produites par le projectile et leur évolution clinique.

Envisageant la marche et les lésions produites par le projectile, M. Berger avait justement séparé dans son travail les cas où celui-ci a dépassé les limites du rocher et ceux, au contraire, où il est resté inclus. Pour ces derniers, il admettait que le projectile a pénétré selon l'axe de la caisse et a été arrêté dans sa course par sa paroi interne. Une semblable pénétration est possible.

Dans un cas récent qui nous a été communiqué par M. Pfilh, la balle a suivi cette voie et s'est arrêtée dans la partie osseuse du conduit; je pense néanmoins qu'il s'agit d'un cas exceptionnel.

Le type le plus habituel est celui que nous offre le malade de M. Robert Picqué.

Le projectile entre normalement ou obliquement d'avant en arrière, au travers de la paroi antérieure du conduit, s'arrête au fond de celle-ci, surpris par la résistance considérable de la pyramide pétreuse, et reste coincé entre la base de celle-ci et le bord antérieur de la mastoïde.

Dans un autre type, au contraire, il fuit latéralement le heurtoir de la base pétreuse et poursuit son chemin suivant l'axe de la pyramide, détruisant l'oreille interne et menaçant à bout de course la carotide interne.

Tels sont les deux types de lésions de l'oreille le plus souvent observés quand le projectile ne dépasse pas les limites du rocher. Mais parfois celles-ci peuvent être dépassées.

Quand l'obliquité de l'arme est plus accentuée en avant, le projectile pénètre dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Dans un cas de Gangolphe, celui-ci est resté enclavé dans la région pré-auriculaire (*Revue de chirurgie*, 1895).

Enfin, quand l'obliquité est accentuée en haut, le projectile pénètre dans le crâne à travers le toit du rocher. Nous rentrons alors dans la catégorie des coups de feu de l'oreille compliqués de pénétration cranienne.

Pour juger les indications opératoires, il faut étudier séparément les cas où le projectile est resté inclus dans le rocher et ceux où il a pénétré dans la cavité cranienne. Dans ce dernier cas, tous les chirurgiens avec Berger ont insisté sur la nécessité d'intervenir comme dans les cas ordinaires de plaie du crâne par coup de feu. Nous n'y insisterons donc pas ici.

Dans le cas de projectile intra-pétreux la question mérite d'être étudiée d'un peu près. Pendant longtemps on a fait une place trop grande à la balle et au trajet supposé étroit qu'elle a créé devant elle, et c'est ainsi que dans une conception trop restreinte

des faits, on a pu parfois considérer comme inutile ou dangereuse l'extraction du projectile.

Dans le premier type, la balle est solidement incluse dans la base de la pyramide, elle a déterminé par elle-même un minimum de dégâts, l'oreille interne et le facial sont parfois épargnés. L'extraction peut être laborieuse.

Dans le deuxième type, au contraire, la balle a en général détruit tout l'appareil auditif, elle reste incluse dans le rocher, souvent à une grande profondeur, et l'on invoque souvent le cas de Reverdin, dans lequel l'ablation de la balle provoqua une hémorragie formidable de la carotide interne, hémorragie déterminée peut-être, d'après l'auteur lui-même, par le tirefonds dont il se servit.

Or, si l'on examine les pièces pathologiques et expérimentales, on reconnaît que le trajet du projectile n'est pas aussi simple qu'on aurait pu le supposer tout d'abord. Rosati, dans une importante « Contribution clinique et expérimentale à l'étude de la résistance du squelette de l'oreille à la pénétration du projectile » (*Annales de médecine navale*, 1897), a bien étudié la complexité des trajets parcourus par les projectiles et montré les fissures qui s'irradient dans le rocher autour des projectiles.

Il décrit en effet et représente d'après ses expériences comme complication fréquente de l'enclavement du projectile à la base du rocher (premier type), une fraction linéaire de la base du rocher dont le trait passe entre la pyramide rocheuse et la mastoïde et intéresse par sa direction oblique en avant et en dedans le toit de la caisse, le labyrinthe et les canaux semi-circulaires. Cette fissure explique la perte de l'audition observée parfois immédiatement après le traumatisme, alors même que le projectile resté dans la mastoïde n'a pu atteindre directement les organes internes de l'ouïe.

D'autre part, dans les cas de projectile intra-pétreux (deuxième variété) Rosati montre la fréquence des fissures longitudinales ou obliques du rocher avec esquilles multiples, véritables éclatements du rocher. J'ai eu pour ma part l'occasion d'opérer un cas bien intéressant de ce genre en 1902 au pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne. Voici l'observation.

Observation inédite. — J... (Victor), vingt-sept ans, venant de l'admission, entre au pavillon de chirurgie, le 22 juillet 1902 (mélancolie; tentatives de suicide), envoyé d'un hôpital parisien.

Balle de revolver ayant pénétré dans l'oreille droite. Ecoulement purulent par l'oreille, hémiplégie faciale.

Examen. — L'orifice d'entrée siège au niveau de la partie supérieure du tragus. Il existe un écoulement purulent abondant par la plaie et

par le conduit. Température 38°2. Paralysie faciale. Pas de troubles cérébraux. Opération. Incision dans le sillon rétro-auriculaire. Evidement pétro-mastoïdien.

Excision du mur de la logette; on constate alors que l'orifice de la balle se trouve au niveau de la paroi antérieure de la caisse. Il s'écoule du pus des cellules voisines de l'aditus.

On découvre sur le toit de la caisse une fissure curviligne à convexité externe délimitant une esquille longue de 15 millimètres environ dans le sens antéro-postérieur et large de 8 à 10 millimètres dans le sens transversal. Cette esquille est elle-même subdivisée en deux secondaires par une petite fissure antéro-postérieure.

On abat le bord externe de ce toit de la caisse afin d'arriver sur la tranche convexe de cette double esquille. Au cours de cette manœuvre l'esquille coincée s'enfuit en haut vers la dure-mère et du pus se fait jour sur sa lèvre convexe, venant donc de la face interne de l'esquille. Celle-ci est enfin énucléée et la dure-mère apparaît.

Celle-ci se montre intacte, mais à la paroi antérieure de la brèche cranienne on trouve implantés sur cette méninge deux séquestres appartenant au rocher. Ces séquestres sont extirpés à la pince. Mais en aucun point on ne trouve ni projectile ni brèche de la dure-mère ayant pu lui livrer passage vers le cerveau.

Lavage. Drainage. Pansement à plat. 27 juillet : au cours du pansement, on retire plusieurs éclats métalliques, mais la balle ne peut être découverte. Excellent état de la plaie, pas de fièvre. 3 août, on découvre une partie du projectile. Quelques éclats sont enlevés, le reste est enclavé dans le squelette. On ne sait si tout le projectile est là. Guérison.

On voit dans cette observation l'éclatement du toit du rocher et le siège intra-pétreux du projectile, fort probable du moins puisqu'en l'absence de toute brèche dure-mérienne des fragments métalliques sont éliminés par le pansement dans les jours qui suivent l'opération.

Voici un autre cas personnel, qui s'est malheureusement terminé par la mort :

L... (Albert), trente-sept ans, entre le 16 janvier 1906 dans mon service de l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 15. Le malade s'est tiré il y a deux jours une balle de revolver de fort calibre au niveau de la conque. Paralysie faciale complète. Audition abolie. Température, 39 degrés. Agitation. Je le vois à la visite pour la première fois et je pratique sur-le-champ l'intervention suivante : Incision rétro-auriculaire suivie du décollement du pavillon. Le bord antérieur de la mastoïde est fracturé. La brèche est agrandie comme dans l'évidement pétro-mastoïdien. En se portant en haut pour enlever quelques esquilles, on met à nu la dure-mère, qui paraît intacte au-dessus du toit du rocher; on constate alors un éclatement du rocher : celui-ci se trouve divisé en de nombreuses esquilles, qui sont successivement extirpées. Le projectile

est retrouvé en deux fragments, qui sont également extraits. Il résulte de l'intervention un énorme puits au fond duquel se trouve une esquille très adhérente et qui est laissée en place. Lavage et tamponnement hémostatique de la cavité. Le lendemain la température est tombée, le malade est plus calme, tout fait espérer un résultat favorable. Mais le quatrième jour la température remonte brusquement et le malade succombe. L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé, quelle que soit la variété du siège du projectile dans l'oreille, qu'il soit superficiel ou profond, il faut se représenter en principe, dans tous les cas, le foyer de fracture ouvert du côté de l'encéphale comme vers l'extérieur, même quand le projectile est resté inclus dans la pyramide.

La connaissance de ces faits anatomo-pathologiques présente la plus grande importance au point de vue de l'évolution clinique et du pronostic des coups de feu de l'oreille.

C'est elle qui va nous permettre d'expliquer les complications si fréquentes de ces traumatismes et nous conduira à des déductions thérapeutiques rationnelles.

Le foyer de fracture en communication avec l'extérieur, directement ou par l'intermédiaire des cavités de l'oreille, est voué fatalement à l'infection, infection locale qui tendra peu à peu à l'élimination du projectile et sera d'autant plus prolongée et étendue que le projectile sera plus enclavé et ses fragments plus nombreux, infection propagée aux cavités de l'oreille et à leurs annexes, d'où vaste et interminable suppuration dans une région où celle-ci est particulièrement redoutable.

Mais de plus, le foyer communique souvent par des irradiations fissuraires avec la dure-mère ; même en dehors de toute communication pathologique, l'infection est encore susceptible de se propager tôt ou tard aux méninges et au cerveau.

On voit dès lors que toute l'évolution des coups de feu de l'oreille est dominée par la notion de l'infection, infection primitive ou retardée, localisée au massif pétreux ou propagée aux centres nerveux. A une époque plus ou moins éloignée de l'accident : celle-ci peut se terminer par la mort ou donner lieu à une suppuration interminable qui entraîne la cachexie progressive des malades, voire même certaines formes transitoires d'aliénation mentale qui sont susceptibles de guérison, ainsi que l'a démontré notre collègue Toubert dans une note qu'il a publiée à la Société de laryngologie à propos de deux cas qu'il avait opérés dans mon service. Toutes ces considérations conduisent logiquement au principe formel de l'intervention immédiate.

Avant d'envisager les divers procédés opératoires qui ont été préconisés par les auteurs, et pour mieux juger ceux-ci, il faut

tout d'abord préciser les règles générales de toute intervention dirigée contre les plaies de l'oreille par coups de feu.

Comme je l'ai dit, l'intervention ne saurait avoir pour but exclusif l'extraction systématique d'un projectile profond et difficile à désenclaver. Destinée surtout à prévenir l'infection inévitable et souvent mortelle, due aux lésions produites par celui-ci, elle doit avoir pour objet principal la désinfection du foyer de fracture. C'est pourquoi, par un rapprochement qui paraît rationnel et nécessaire, il convient de leur appliquer le traitement des fractures compliquées de plaie avec ou sans corps étranger, qu'il s'agisse d'une fracture intéressant la diaphyse des os longs ou la boîte cranienne. Il faut, là comme ici, débrider, réséquer et drainer.

Le chirurgien devra donc s'appliquer à transformer le trajet étroit et tortueux du projectile en une brèche largement ouverte vers l'extérieur.

Cette brèche, débarrassée des esquilles et corps étrangers accessoires, devra représenter un entonnoir évasé au dehors, répondant par son sommet au projectile et parfaitement disposé pour l'évacuation des liquides septiques, des débris d'os qui ont pu échapper au cours de l'opération et du projectile lui-même secondairement libéré, comme le fait s'est produit dans mon observation personnelle. Il est évident que si, dans le cas de M. Robert Picqué et dans les cas où il siège dans la pyramide elle-même, il se montre extirpable sans danger, il doit être enlevé primitivement; à ce point de vue particulier, c'est la radiographie qui est à l'heure actuelle notre guide le plus précieux. Bien supérieure à l'appareil Trouvé qui a rendu jadis de grands services, mais sur les inconvénients duquel il est inutile d'insister, la radiographie prise successivement dans le sens frontal et dans le sens sagittal permet de la façon la plus simple un repérage parfait du projectile et nous donne deux renseignements de première importance : 1° le siège intra-pétreux ou intra-cranien du projectile ; 2° l'unicité ou la multiplicité des fragments du projectile.

Nous arrivons maintenant à l'étude des voies d'accès.

Le professeur Berger a préconisé avec Verneuil une voie supérieure rabattant en bas le pavillon, après incision sus-auriculaire, semi-circulaire.

Le plus grand nombre recommandent la voie rétro-auriculaire utilisée pour la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Gangolphe et Siraud ont, dans un intéressant mémoire, publié en 1895, dans la *Revue de chirurgie*, attaché leur nom à la voie pré-auriculaire.

Comme le fait remarquer Robert Picqué, quelle que soit la voie

choisie, le premier temps est toujours la désinsertion du pavillon et la section suivie de décollement du conduit cartilagineux, mais les procédés d'accès vers le rocher se réduisent à deux.

C'est d'abord la *voie rétro-auriculaire*, qui comprend les temps suivants :

Premier temps : Incision dans le sillon rétro-auriculaire, rabattement du pavillon en avant et décollement du conduit cartilagineux.

Deuxième temps. — Quelques chirurgiens se sont contentés d'inciser en arrière le périoste du conduit osseux et d'attaquer ce dernier ainsi que le bord antérieur de la mastoïde. C'est la pratique qui a été préconisée par mon maître Berger. Très suffisante dans les cas où le projectile est coincé contre la mastoïde (1er type), elle offre une voie illusoire dans les cas où le projectile a pénétré dans la pyramide.

Aussi ai-je modifié de la façon suivante ce temps de l'opération : j'abrase le bord antérieur de la mastoïde dans son quadrant antéro-supérieur, puis je fais sauter le mur de la logette, comme dans l'opération de Stacke, et je pénètre dans la caisse, complétant l'intervention par la destruction de la paroi interne de la caisse et l'évidement de la pyramide, en tenant compte à la fois de son obliquité en avant et du passage de la carotide.

Si, comme dans mon cas, le toit de la caisse est fissuré, je pratique l'extraction des esquilles libres et je mets ainsi à nu la dure-mère.

Si celle-ci est lésée, il peut être utile de la débrider, afin de mettre l'espace intra-dural en communication large avec l'extérieur et de faciliter le drainage. Ce procédé ainsi modifié ne peut plus mériter l'épithète d'indirect que lui a donnée Gangolphe. C'est bien un procédé d'accès direct sur la caisse et sur la pyramide, procédé que je propose et qui m'a donné de bons résultats.

J'y ai souvent recours chez les aliénés, qui s'introduisent si facilement des corps étrangers dans l'oreille; en 1903 (observation publiée dans mon *Recueil de travaux*, vol. IV), j'ai pu, à l'aide d'un évidement pétro-mastoïdien, retirer une aiguille de la caisse; en 1906, j'ai retiré, par la même voie, un bouton de porcelaine introduit dans la caisse.

Chez mes deux malades atteints de coups de feu de l'oreille, cette voie m'a donné un accès très suffisant vers la pyramide.

Voie pré-auriculaire. — C'est la voie que Gangolphe oppose à la précédente.

D'après la description qu'en donne l'auteur, elle comprend les temps suivants :

Premier temps. — Incision dans le sillon pré-auriculaire, recourbé un peu en arrière au-dessous du lobule.

Deuxième temps. — Décollement de la parotide du conduit cartilagineux, à l'aide d'un instrument mousse.

Troisième temps. — Incision de la partie antérieure du conduit, parallèlement à son grand axe.

Décollement à la rugine de chacune des deux valves cartilagineuses ainsi fermées. Rabattement du pavillon en arrière.

Quatrième temps. — Exploration du conduit osseux, de la lame vaginale et de la styloïde. Ablation du projectile et des esquilles.

Pour M. Gangolphe, c'est une voie facilement accessible.

D'autre part, la situation profonde des vaisseaux et des nerfs permet de l'aborder sans danger. En refoulant la glande à ce niveau, on s'isole des gros vaisseaux. Quant au nerf facial, il est sur un plan très inférieur.

Ce procédé ne saurait être comparé, comme l'a fait à tort son auteur, au procédé postérieur classique, car il ne peut convenir qu'aux cas où, comme celui de Gangolphe, le projectile, en raison de l'obliquité de l'arme, est venu se loger dans la région pré-auriculaire. Il constitue un procédé de nécessité qui rendra des services dans les cas analogues, mais il est incommode dans les cas où le projectile est coincé contre la mastoïde, et M. Robert Picqué nous dit que, dans son cas, il a été sur le point d'y renoncer.

D'autre part, il ne donne pas d'accès dans la pyramide pétreuse, et ne saurait convenir aux projectiles qui y sont inclus.

M. Robert Picqué, à la suite de recherches anatomiques intéressantes, chercha à étendre ce procédé et à le rendre applicable à la recherche et à l'extraction des projectiles inclus.

Voici sa description que je vous demande la permission de reproduire intégralement :

« Il importe, dit-il, de préciser le manuel opératoire de cette voie d'accès. Tout d'abord ce n'est pas seulement la parotide qu'il faut attirer en avant, c'est le bord postérieur de la branche montante, donc il faut débarasser le champ opératoire en luxant le condyle du maxillaire en avant de la glène : faute de ce soin, aucun accès n'est possible vers la profondeur du rocher. »

J'ajouterai, pour rendre plus claire la description de M. Robert Picqué, que cette région préauriculaire, bien décrite par Siraud dans le travail de Gangolphe, présente la forme d'une pyramide transversalement dirigée et à sommet interne, et que la paroi antérieure est représentée par le condyle du maxillaire inférieur, son col et une petite partie de la branche montante.

Le jour obtenu grâce à cette manœuvre, la région se présente de la façon suivante :

Directement en face, l'arête externe rugueuse et la face antérieure excavée de la paroi antérieure tympanale du conduit osseux, limitée en avant par le tubercule zygomatique postérieur, superficiellement, et la scissure de Glaser profondément, en bas par l'apophyse vaginale et le bouquet des muscles englobant la styloïde.

C'est cette paroi antérieure du conduit osseux qu'il va falloir abraser pour accéder au rocher. Or, il n'est pas indiférent de limiter la zone d'attaque. En haut, ne pas dépasser la scissure de Glaser afin d'éviter la pénétration dans le crâne au travers du toit de la cavité glénoïde; en bas, ne pas intéresser l'apophyse vaginale. Le facial reste ainsi protégé par l'épaisse couverture des muscles styliens.

En somme, les circonférences supérieure et inférieure du conduit marquent comme pour l'anthrotomie le niveau des traits de ciseau qui vont abattre la paroi tympanale ; en haut, il est nécessaire d'abraser le tubercule zygomatique postérieur.

Une fois dans la caisse le ciseau-gouge doit, si l'évidement du rocher est nécessaire, continuer son travail dans un plan exactement frontal ; étant donnée en effet l'obliquité en avant et en dedans de la pyramide pétreuse, cette voie d'accès antérieure conduit exactement vers le sommet du rocher, au canal carotidien, point ultime de l'évidement possible.

Quelle est la valeur des deux méthodes ?

Dans leur forme primtive, elles ont deux objets différents et ne sauraient être comparées. Si la voie postérieure convient particulièrement aux projectiles coincés contre la mastoïde, la voie antérieure s'applique à ceux qui se sont égarés dans la région pré-auriculaire, et dont le siège aura été établi par la clinique ou la radiographie. Complétées comme il vient d'être dit, elles deviennent alors comparables au point de vue du résultat à poursuivre. Toutes deux, elles donnent un accès sur la pyramide.

Or, l'on ne peut dire avec M. Robert Picqué que la méthode antérieure convient mieux à la majorité des coups de feu de l'oreille, et que dans la méthode postérieure l'évidement du rocher est difficile en raison de l'obstacle que lui oppose la paroi antérieure du conduit osseux et de l'obliquité même de la pyramide dont le sommet est plus antérieur que sa base.

L'expérience de mes deux cas m'a démontré combien il était aisé d'agrandir la voie d'accès par en haut du côté de la cavité cranienne et d'extraire des projectiles très profondément situés.

D'autre part, le procédé préconisé par M. Robert Picqué

présente le grand inconvénient de compromettre d'une façon grave le jeu de l'articulation temporo-maxillaire.

Aussi, s'il est intéressant au point de vue anatomique, il n'est pas possible d'accepter son application dans la pratique, pas plus que les arguments sur lesquels l'auteur s'appuie pour le défendre, et c'est en résumé à la voie postérieure modifiée qu'il faudra recourir pour l'extraction des projectiles inclus dans le rocher, sous réserve des procédés de nécessité dans les cas de projectiles aberrants.

Messieurs, le travail de M. Robert Picqué dénote une instruction anatomique très sérieuse et de véritables qualités d'opérateur. Je vous propose de le remercier de ce nouvel envoi et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Présentations de malades.

Parotidite post-opératoire.

M. H. Morestin. — Jeanne H..., âgée de trente ans, entrée le 21 juin dans mon service à la maison Dubois, pour une suppuration pelvienne d'origine annexielle, a subi le 28 juin la colpotomie. L'opération fut assez simple, attendu que la collection purulente bombant dans le cul-de-sac postérieur était facile à atteindre. Au moment de l'intervention, les phénomènes aigus étaient d'ailleurs calmés. La malade, qui avait été prise le 30 avril d'une pelvi-péritonite, avec phénomènes alarmants, ne présentait plus de fièvre ; la lésion était bien localisée dans le bassin, mais l'utérus était immobilisé, repoussé en avant et la malade souffrait beaucoup. La cause première de tous les accidents paraissait être une vieille infection gonococcique datant déjà de six ans.

Dès le lendemain de l'opération, 29 juin, la malade commença à se plaindre d'une douleur siégeant au-dessous de l'oreille gauche, sensation douloureuse augmentée pendant les mouvements de la mâchoire inférieure.

Le 30, je constatai une légère tuméfaction de la région parotidienne. Cette tuméfaction augmenta rapidement dans la journée, en même temps que la température montait à 38°5.

Le 1er juillet elle était considérable, débordait la région parotidienne, s'étendait en avant jusqu'à la partie antérieure de la joue

jusqu'à un travers de doigt de la commissure labiale et de l'aile du nez, remontant vers la tempe, au-dessus de l'arcade zygomatique, couvrait en arrière la mastoïde, descendait en bas jusqu'à l'os hyoïde, le maximum répondant à un point situé immédiatement au-devant du lobule de l'oreille, point auquel correspondait également le siège de la plus vive douleur.

Les téguments, d'une teinte rosée dans toute l'étendue de la zone tuméfiée, offraient au sommet de la partie soulevée une coloration d'un rouge intense.

La bouche, légèrement déviée à droite, indiquait un certain degré de parésie du facial, parésie d'ailleurs limitée au facial inférieur, l'occlusion des paupières à gauche s'effectuant d'une manière parfaite. Il n'y avait pas de doute que la malade ne fût atteinte d'une parotidite aiguë intense. L'examen de la bouche me montra l'existence d'une stomatite légère, mais indéniable, prédominant à gauche.

Les pressions effectuées sur la joue, le long du trajet du canal de Sténon, firent sourdre par l'orifice du canal, d'ailleurs surélevé et bordé d'un liséré rouge anormal, une grosse goutte de mucopus.

L'amygdale gauche était repoussée en dedans, et la région péri-amygdalienne soulevée présentait de même que l'amygdale un aspect inflammatoire. La déglutition était difficile et douloureuse, et l'écartement des mâchoires très pénible.

Le 2 juillet, le trismus, la gêne de la déglutition sont plus accusés encore, la parole même est gênée et la voix nasonnée. L'aspect local n'a pas changé. Cependant, la température est de 37°6 seulement. Comme je l'avais déjà fait la veille, je pratique l'expression du canal de Sténon, ce qui donne issue à du pus jaune verdâtre et très épais. Le soir, 38 degrés.

Le 3, état stationnaire. L'expression ramène une notable quantité de pus verdâtre.

Le 4, la température est normale; une détente survient, les douleurs sont moins vives, la déglutition plus facile, la tuméfaction diminue, se circonscrit; il n'y a plus d'œdème; la glande paraît plus dure; elle est moins douloureuse à la pression, mais la rougeur persiste et semble plus accusée et plus circonscrite.

Les jours suivants, nous continuons l'expression pratiquée deux ou trois fois par jour. Un abcès semble toujours menacer de se former au-dessous de l'oreille. Cependant, il y a apyrexie, et la tuméfaction générale diminue lentement.

Jusqu'au 12 juillet, nous restons sous la menace de suppuration; l'expression fait toujours sourdre du pus par l'orifice sténonien.

A partir du 13, l'amélioration est bien plus franche, la glande s'assouplit, la rougeur qui persistait au-dessous du lobule s'efface, et, en même temps, l'écoulement de pus par le canal de Sténon devient de moins en moins abondant et moins dense, et, le 19, la guérison est complète.

Elle ne s'est pas démentie, bien qu'il ait fallu, quelques semaines plus tard, pratiquer le débridement de la plaie vaginale, et, plus tard encore, une hystérectomie vaginale, et que cette dernière intervention ait été naturellement longue et assez pénible dans ce cas difficile.

On a signalé fréquemment des parotidites consécutives aux interventions sur l'appareil génital de la femme, et j'en ai moi-même signalé autrefois un exemple à la Société anatomique, cas où la parotidite était survenue à la suite d'une ovariotomie nécessitée par la torsion d'un kyste de l'ovaire, au cours d'une grossesse. Mais il est certain que cette complication n'a rien de bien spécial aux opérations gynécologiques. J'ai vu, par exemple, une parotidite double, à la suite d'une cure radicale de hernie (épiplocèle). Dans une autre circonstance, l'inflammation de la parotide survint à la suite de l'ablation d'un petit lupus du cou. Je pense donc qu'il faut qualifier cette complication simplement de parotidite post-opératoire.

J'ajoute que cette complication paraît être en général assez bénigne.

Je veux surtout insister sur les bons résultats fournis dans ce cas qui s'annonçait comme très sérieux, et paraissait devoir nécessiter un traitement opératoire, par cette manœuvre innocente et si simple du massage et de l'expression du canal de Sténon.

M. Pierre Delbet. — Nous savons tous que l'immense majorité des parotidites sont des infections canaliculaires ascendantes d'origine buccale, qu'aucune opération ou infection antérieure n'a d'influence prépondérante sur leur développement, qu'elles peuvent débuter en pleine santé chez les individus qui ont la bouche sale, et que le meilleur moyen de traitement au début est l'expression.

Mais ce n'est pas le canal de Sténon qu'il faut exprimer, c'est la glande tout entière. Ce procédé, je l'ai toujours employé, et j'estime qu'en l'appliquant dès le début, on évite l'incision dans deux tiers des parotidites canaliculaires.

MM. Routier et Hartmann expriment ensuite la même opinion.

M. Walther. — J'ai obtenu aussi d'excellents résultats de l'ex-

pression, que j'emploie depuis longtemps dans le traitement des parotidites.

L'expression doit être pratiquée non pas seulement sur le canal de Sténon, mais sur la glande elle-même. Régulièrement faite plusieurs fois par jour, elle permet, dans un grand nombre de cas, d'éviter l'incision.

M. Tuffier. — Les parotidites *post-opératoires* ou plutôt post-chloroformiques ne sont pas rares. Je n'ai jamais remarqué le développement particulièrement fréquent après une opération abdominale sur les annexes, elles surviennent après une opération quelconque et même à la suite de l'anesthésie par le chloroforme sans opération sanglante. Elles sont canaliculaires, d'origine buccale, et guérissent par simple expression ou même sous un simple pansement bien chaud. Tous mes anciens maîtres d'internat m'ont initié à leur histoire et à leur traitement. Il est très rare qu'un cul-de sac finisse par suppurer ou par provoquer un abcès périparotidien bien localisé ; pour ma part je n'ai jamais vu que deux de ces abcès.

Il faut bien les distinguer de ces formes pyohémiques que l'on voit survenir à la période ultime des infections septicopyémiques.

M. Broca. — Je suis à peu près sûr qu'il y a une dizaine d'années, M. Duplay a publié, comme chose de vulgarisation, sans prétention à l'originalité, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, une leçon sur la différence entre les parotidites canaliculaires, à traiter par l'expression, et les phlegmoneuses, à traiter par l'excision. Depuis, c'est ce que j'ai toujours fait et, je crois, ce que tout le monde a toujours fait.

M. Quénu. — Je ne pense pas, ainsi que du reste la plupart de mes collègues, que la parotidite post-opératoire soit l'apanage des opérations sur l'appareil génital de la femme. Je les ai observées à la suite d'appendicite, d'extirpation d'anévrismes poplités, etc. J'estime en outre qu'il ne faut pas ranger toutes les parotidites dans la même classe. Un certain nombre me paraissent être des adéno-phlegmons de la parotide, consécutifs à des infections intenses de la gorge et de la bouche. Dans deux cas j'ai vu, malgré un traitement approprié, l'inflammation aboutir à la suppuration et nécessiter l'incision. Dans les deux cas il s'agissait de malades opérés d'urgence pendant qu'ils étaient en cours de traitement, l'un pour des végétations adénoïdes, l'autre pour une affection dentaire. Dans un cas d'adéno-phlegmons parotidiens le massage et l'expression de la glande ne seraient pas à conseiller.

M. Bazy. — Je prends la parole pour apporter un fait à l'appui de l'opinion exprimée par M. Quénu, à savoir que les parotidites peuvent survenir dans les circonstances les plus variées.

Je soigne en ce moment un jeune jockey qui est tombé de cheval et a eu des accidents cérébraux.

Dans le cours de ces accidents, il a été pris d'une parotidite droite d'origine canaliculaire, car en examinant l'orifice de Sténon on voit cet orifice rouge et saillant avec une petite gouttelette de pus. Cette parotidite, qui s'est accompagnée d'un gonflement énorme, est en train de guérir seule sans expression au moins chirurgicale. Peut-être le malade en s'y couchant dessus la fait-il lui-même.

M. Paul Reynier. — Je voudrais rappeler ici les travaux de Claisse sur les parotidites, travaux dans lesquels il démontre surabondamment que ces parotidites sont dues à des injections partant de la cavité buccale, et remontant par le canal de Sténon dans les différents lobules glandulaires de la glande. Ces notions nous font donc comprendre la marche de ces parotidites, leur façon de se comporter, et pourquoi l'expression, comme le disent tous nos collègues, et comme je l'emploie depuis très longtemps, doit être le traitement de choix et pourquoi on doit rejeter l'incision qui ne peut ouvrir tous ces foyers intra-acineux, séparés les uns des autres.

J'ajouterai avec M. Quénu que toutes les inflammations de la région parotidienne n'ont pas toutes cette origine, et qu'à côté de ces parotidites acineuses, il existe des adénophlegmons de la parotide, dus à des lymphangites, qui, parties des régions de l'arrière-bouche et du rhinopharynx, gagnent, par les lymphatiques de ces régions, les ganglions qui sont autour de l'artère carotide, et dans la parotide. Pour ces adénophlegmons l'expression non seulement ne servirait à rien, mais serait absolument condamnable.

M. Morestin. — Je suis surpris de l'émotion provoquée par cette modeste présentation de malade. Ai-je donc dit que j'avais inventé l'expression des conduits glandulaires enflammés? Ai-je annoncé quelque découverte sensationnelle ? J'insiste, il est vrai, sur une pratique qui, quoi que vous en disiez, n'est pas assez répandue. Voyez, par exemple, les excellentes leçons cliniques de M. Le Dentu. Mon excellent maître, à propos d'un cas de ce genre, conseille de larges incisions étagées dans la région parotidienne et la dilacération de la glande.

Le cas que j'ai présenté paraissait voué au bistouri, et il m'a

semblé qu'il était intéressant de montrer comment, dans un cas de parotidite intense, appelant l'intervention, la guérison avait pu être obtenue à si peu de frais par les manœuvres de douceur, et qu'il illustrait d'une façon particulière la valeur de l'expression comme méthode de traitement.

Anévrisme artério-veineux du pli du coude. Extirpation. Guérison.

M. E. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, un jeune homme de dix-neuf ans que j'ai opéré le 21 septembre dernier d'un anévrisme artério-veineux du coude gauche survenu dans les conditions suivantes.

Le 16 juillet dernier, il voulait avec un mauvais couteau couper une branche de saule. Il appuyait fort sur son couteau, celui-ci dérapa et vint atteindre le coude au niveau de la saignée.

Bien qu'il parût n'avoir pas beaucoup pénétré, la blessure fut suivie immédiatement d'un jet de sang très abondant, et en quelques secondes une quantité de sang considérable s'écoule. Sans perdre la tête, il prit son mouchoir, en fit un lien et se serra fortement le bras. L'hémorragie fut moins abondante, le jeune homme enfourcha sa bicyclette et fit 6 kilomètres pour venir trouver un médecin. Celui-ci ne crut pas devoir faire une ligature ; il se trouvait d'ailleurs à ce moment dépourvu de ce qui lui était nécessaire pour cette opération ; il plaça sur la plaie un fort tampon de charpie et fit un pansement compressif qui suffit à arrêter l'hémorragie. Celle-ci ne reparut plus, et, malgré une légère suppuration, le jeune homme parut guéri au bout de quelques jours, et il reprit ses occupations.

Mais voici qu'au bout de deux semaines, on vit apparaître au coude, un peu au-dessus du pli, une masse ronde, allongée suivant l'axe du bras, gênant l'extension, de sorte que le coude se mettait de lui-même au repos dans la demi-flexion. Très courageux, le jeune homme voulut continuer à travailler à ses rudes travaux de campagnard, mais un soir tout son membre supérieur augmenta de volume ; toutefois, pendant la nuit, il revint à ses dimensions normales. Mais au coude la tuméfaction persistait. Le médecin, consulté, se demanda, bien qu'il n'y eût pas de rougeur locale, ni de fièvre, s'il ne s'agissait pas là d'un abcès ; il fit une ponction avec une seringue de Pravaz, et ne ramena que du sang rutilant. Le cas devenait embarrassant ; le jeune homme fut envoyé à Paris et vint me trouver à l'hôpital de Bon Secours, où je

le fis admettre. Il portait au pli du coude et au niveau de la gouttière bicipitale interne du bras une tumeur elliptique du volume de deux forts poings d'adulte, tumeur molle, fluctuante, subissant un mouvement d'expansion synchrone aux battements du pouls, et faisant entendre à l'auscultation un bruit de *thrill* des plus nets. Il s'agissait nettement d'un anévrisme artério-veineux, à marche rapidement progressive.

Les battements de la radiale étaient variables, parfois nuls, d'autres fois légèrement appréciables. Le malade voulait-il faire des mouvements de la main et de l'avant-bras, ceux-ci devenaient bleuâtres et même livides et se refroidissaient. Le coude, très déformé par cette énorme masse très tendue par l'aponévrose qu la bridait, était constamment en flexion presque à angle droit. Pas de troubles sensitifs bien marqués.

Je fis l'opération à l'aide de la bande d'Esmarch ; la circulation interrompue par celle-ci, les mouvements d'expansion cessèrent dans la tumeur, mais celle-ci demeura très appréciable et mollasse, ce qui indiquait la préseuce de caillots dans son intérieur.

J'incisai la peau et l'aponévrose brachiale très tendue ; la tumeur m'apparut alors avec une transparence noirâtre due aux caillots intérieurs. Je disséquai de proche en proche facilement, et le plus souvent un doigt suffisait à séparer la paroi anévrismale des tissus circonvoisins.

Le biceps et le brachial antérieur en totalité étaient rejetés en dehors. Le nerf médian était rejeté en dedans. Je ne recherchai pas d'abord l'artère humérale et ses collatérales, car je m'étais proposé d'éviter, si possible, de les réséquer pour assurer dans de meilleures conditions la vascularisation de l'avant-bras et de la main; et puis je savais où étaient les vaisseaux, car au cours de mon examen clinique, j'avais nettement senti les battements de l'artère à la surface de l'anévrisme, dont les mouvements d'expansion étaient distincts; en effet, je vis aisément, et de suite, l'artère et ses veines tendus à la surface antérieure de l'anévrisme. Je continuai la dissection de celle-ci, puis, gêné par sa masse pour passer à la face postérieure, j'ouvris la poche, j'évacuai un gros paquet de caillots blancs et noirs; je pus alors facilement passer par derrière la poche, la séparer de l'humérus et de la coronoïde du cubitus sur le périoste desquels elle reposait; bref, j'arrivai à libérer complètement le sac, qui ne tenait plus qu'aux vaisseaux artériels et veineux par une petite surface au niveau d'un noyau cicatriciel développé au lieu même de la blessure initiale.

Je fis alors enlever la bande d'Esmarch, le sang reprit son cours, et un jet se produisit au niveau de la lésion primitive. Je saisis l'artère et la veine en ce point et je fis les ligatures nécessaires.

Quelques autres ligatures secondaires sur des points circonvoisins suffirent à assurer une complète hémostase. La main et l'avant-bras avaient rapidement recouvré une coloration normale du meilleur augure pour l'avenir, et que celui-ci a confirmé.

Je refermai alors la vaste plaie laissée par l'ablation de ce gros anévrisme, non sans avoir laissé pour quelques jours seulement un drain au point le plus déclive.

Les suites furent des plus simples, et le malade a guéri sans incident. Son coude a repris aujourd'hui ses formes et son fonctionnement normaux.

Il m'a paru intéressant de vous présenter ce malade, et d'ajouter ce cas aux faits déjà nombreux d'extirpation d'anévrismes artério-veineux. Au pli du coude, les faits sont rares aujourd'hui que la saignée est exceptionnelle ou du moins n'est pratiquée que par des praticiens qualifiés. La particularité de ce cas, c'est l'ablation du sac, sans résection des conduits artériels et veineux. Il n'est pas toujours possible d'éviter cette résection, mais quand on peut réaliser cette réserve conservatrice on place le malade dans les conditions les plus favorables au maintien de la circulation sanguine dans les segments de membres situés en aval de l'anévrisme.

Luxation irréductible du genou. Arthrotomie.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je vous prie de bien vouloir regarder cet homme. Vous le voyez descendre nos escaliers sans la moindre gêne. Il va les monter en sautant deux marches à la fois. Voilà même qu'il les redescend en franchissant deux marches, ce qui est plus difficile. Il semble n'avoir jamais eu la moindre affection des membres inférieurs.

En restant debout, il met aisément son pied gauche sur cette chaise; comme la chaise est assez haute et que le malade n'est pas grand, ce mouvement l'oblige à fléchir le genou au delà de l'angle droit, et vous voyez qu'il le fait avec facilité. Il se met à genoux par terre avec la même aisance.

Or, ce malade a eu une luxation du genou en dehors et cette luxation était irréductible d'emblée. J'ai dû faire une large arthrotomie. Je vous demande la permission de ne pas vous donner de détails sur la cause de l'irréductibilité, car je compte consacrer à ce fait intéressant une étude plus étendue. Je me borne à vous dire que tous les ligaments étaient rompus, et l'étendue du déplacement, dont vous pouvez vous rendre compte sur cette radiographie, ne laisse aucun doute à ce sujet.

Comment les ligaments ont-ils pu se reconstituer assez solides pour s'opposer à tout mouvement de latéralité et assez heureusement disposés pour permettre une étendue de mouvements presque normale? j'avoue que je ne le comprends pas, mais je suis heureux de constater le fait et j'ai pensé qu'il serait de nature à vous intéresser.

Luxation du genou en dehors.

M. Paul Reynier. — Je demande à rapprocher de ce cas de M. Delbet une observation presque identique d'un malade que j'eus à traiter cette année à l'hôpital Lariboisière. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, qui avait été blessé dans un accident de voiture. Autant que j'ai pu comprendre de cet homme, qui s'expliquait fort mal, il était tombé à la renverse, mais ayant la jambe droite immobilisée, et prise entre le trottoir et la roue de l'omnibus.

Quand on l'amena, je constatai que le genou droit était complètement luxé; la jambe était en abduction sur le genou, légèrement fléchi. Le condyle externe du fémur faisait saillie en avant, la rotule rejetée à la partie interne du condyle interne, le tibia et le péroné étaient portés en dehors et en arrière, mais en rotation, car c'était le plateau tibial externe qui était surtout en arrière. L'ayant endormi, nous essayâmes inutilement de le réduire par des tractions; nous nous sommes aperçus alors que ce qui nous empêchait de réduire était le renversement de la peau sous le condyle externe entre lui et le tibia. Nous nous aperçûmes alors que dans ce sillon de peau qui était sous le condyle du fémur existait une plaie. Nous agrandîmes cette plaie, et nous pûmes alors constater que toute la capsule articulaire entre la rotule et le ligament externe était déchirée; c'était entre ce ligament et la rotule déchirant le surtout ligamenteux et passant en travers que le condyle avait fait hernie. Il existait donc là une ouverture fibroséreuse, dont les bords inférieurs avaient passé sous le condyle, s'invaginant dans la cavité articulaire, s'interposant entre lui et le plateau tibial, et entraînant avec lui la peau. Nous dûmes agrandir cette boutonnière fibreuse, ouvrir largement le genou à la partie externe, pour désenclaver ces tissus. Nous pûmes alors constater que le cartilage semi-lunaire, qui recouvre la face articulaire droite était incomplètement déchiré à sa partie externe et retourné. Nous pûmes le remettre en place, et, ayant désenclavé les tissus, remettre les os en bonne

position. Nous nous trouvâmes alors en présence d'une déchirure énorme de toute l'expansion fibreuse du vaste externe qu'avec des points de suture nous fermâmes, tout en laissant un large drainage articulaire. La précaution ne fut pas inutile, car ces tissus fibreux contus se sphacélèrent. Il fallut en partie désunir la plaie pour enlever les lambeaux sphacélés. Toutefois nous réussîmes à guérir complètement ce malade. Et aujourd'hui il marche sans boiter, n'ayant pas encore autant de flexion que le malade de M. Delbet, mais fléchissant toutefois son genou à angle obtus, et je ne doute pas qu'en le faisant manœuvrer, et par le massage, il n'arrive à retrouver la liberté complète de son articulation. M. Monod, pour une expertise, a vu dernièrement le malade, et peut confirmer ce que j'avance.

Présentations de pièces.

Kyste para-utérin.

M. E. Potherat. — Les grands kystes de l'utérus sont très rares : j'entends par là les kystes vrais, sans dégénérescence de tumeur préexistante ou de l'utérus lui-même. Le bel exemple, dû à notre collègue mon ami Auvray, que je vous ai rapporté ici l'année dernière, est presque unique.

Moins exceptionnels sont les kystes utérins dus à une dégénérescence maligne ou non d'une tumeur préexistante et, en particulier, d'un fibrome. A l'occasion de mon rapport sur l'observation d'Auvray, je vous ai présenté deux pièces vraiment belles de cette variété de dégénérescence kystique. Pour moins rares qu'ils soient, ces faits sont intéressants, et c'est encore un cas de cette nature que je vous présente actuellement. La pièce est toute fraîche, la malade a été opérée ce matin même. C'est une femme de quarante-quatre ans, vierge, sans aucun passé pathologique digne d'être noté, et dont tous les troubles génitaux ont consisté jusqu'en ces derniers temps en des règles régulières, mais toujours douloureuses, et s'accompagnant depuis quelques mois de pertes sanguines très abondantes, ce que la malade rattachait aux progrès de son âge.

Voici pourtant qu'au mois d'août dernier son ventre se mit à prendre un développement anormal et rapidement croissant, au point qu'hier encore elle offrait l'apparence d'une femme arrivée au terme d'une grossesse à grand développement, pointant en avant. Aucune douleur n'accompagnait ce développement de

l'abdomen ; la malade, gênée seulement par le volume du ventre, continuait ses occupations habituelles assez fatigantes ; elle remarquait, cependant, que ses forces diminuaient.

Au palper, on constate une tumeur ronde, lisse à sa surface, mate à la percussion, remontant au-dessus de l'ombilic pas très mobile, à grand axe transversal, ne plongeant pas dans le bassin. Cette tumeur est molle, ou au moins rénitente par places, plus ferme, d'apparence solide en d'autres points ; au toucher rectal, le Douglas est libre, on sent l'utérus augmenté de volume et bosselé. Le diagnostic est : fibromes utérins et kyste multiloculaire, ou : fibrome en dégénérescence.

La laparotomie m'a conduit sur une tumeur d'un blanc mat comme les kystes ovariques, mais très tendue et à peine dépressible. Ponctionnée avec un trocart, elle laissa échapper environ six litres d'un liquide séro-hématique contenant des flocons de fibrine. Je pus alors l'attirer au dehors et constater que les parois latérales de l'abdomen et l'épiploon lui adhéraient sur de nombreux points ; je pus d'ailleurs libérer aisément ces adhérences et sortir la tumeur de l'abdomen. Pensant avoir affaire à un kyste ovarique tordu sur son pédicule, je cherchai celui-ci. A son lieu et place je trouvai un gros pédicule charnu, du volume de la partie inférieure d'un avant-bras, conduisant sur le fond de l'utérus. Prenant point d'appui sur ce gros pédicule charnu, j'amenai l'utérus avec de nombreux fibromes développés surtout en avant. Je fis donc de suite une hystérectomie sus-vaginale. Ainsi fut enlevée, en totalité, cette pièce qui représente bien une gourde de pèlerin dont l'utérus représente la petite cavité.

L'examen de la pièce montre :

1° Un utérus avec cinq ou six fibromes apparents, sous-séreux ou parenchymateux, du volume d'une orange à une noix;

2° Le gros pédicule charnu dont je vous ai parlé plus haut et qui est nettement constitué par du tissu musculaire de l'utérus ;

3° Au-dessus, une vaste poche kystique dont la paroi est tantôt très mince, foliacée, tantôt épaisse d'un centimètre et charnue. A l'intérieur, un abondant dépôt de fibrine en flocons plus ou moins volumineux libres ou modérément adhérents. En aucun point de cette paroi, on n'aperçoit de signes d'une tumeur en évolution ; j'ai d'ailleurs prélevé des parcelles en différents points pour les soumettre à l'analyse histologique. Mais une coupe faite au niveau du point où le kyste se continue avec le gros pédicule charnu, montre du tissu blanc très serré, criant sous le couteau, absolument semblable au tissu des fibromes utérins.

Je crois donc qu'il s'agit là d'un épanchement séro-hématique d'une abondance exceptionnelle sous la capsule d'un fibrome

utérin sous-péritonéal, épanchement à marche très rapide sinon subite, puisque c'est tout à coup que la malade a pris un très gros ventre.

Quant à la cause initiale de cet épanchement, je ne puis la fournir. Il n'y a eu aucun traumatisme, pas de torsion du pédicule, et cependant la coloration noire du liquide évacué et l'abondance de la fibrine contenue dans la poche nous montrent qu'il s'agit là d'un épanchement principalement, sinon exclusivement, sanguin.

Hystérectomie abdominale pour infection puerpérale.

M. Riche. — Hystérectomie abdominale pour infection puerpérale. — (M. Schwartz, rapporteur.)

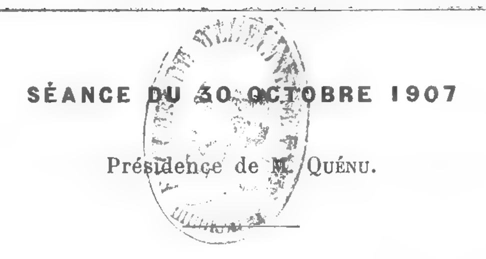
Kyste hydatique de l'estomac.

M. Dujarier. — Kyste hydatique de l'estomac. — (M. Hartmann, rapporteur.)

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une note de M. le Dr Lage (de Berck), sur *Un corps étranger de l'abdomen.* — M. Richelot, rapporteur.

3°. — Une note de M. Lop (de Marseille), intitulée : *Traitement chirurgical d'une fracture de la base du crâne.* — M. Faure, rapporteur.

A propos de la correspondance.

1°. — Un mémoire pour le prix Gerdy (Abcès sous-pleurique), envoyé avec l'épigraphe : *Per laborem.*

2°. — Un mémoire pour le prix Gerdy (Abcès sous-pleurique), avec l'épigraphe : *Semper.*

3°. — Un mémoire pour le prix Gerdy (Abcès sous-pleurique), avec l'épigraphe : *Vita brevis, ars longa.*

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les parotidites post-opératoires.

M. F. Legueu. — Dans la dernière séance, on a parlé des parotidites post-opératoires à propos de la présentation de mon ami Morestin, et il m'a semblé que d'une façon générale on attribuait à cette affection une grande bénignité. Il est en effet des parotidites qui sont tout à fait bénignes et guérissent spontanément, qu'elles soient ou non suppurées ; ce sont celles-là que l'on guérit par le massage, et peut-être qu'elles guériraient toutes seules. Mais il en est aussi de très graves, qui conduisent à la mort, et ce, malgré l'ouverture. J'ai perdu ainsi, il y a quelques années, une malade que j'avais opérée d'un fibrome, et qui mourut vers le dixième jour d'une parotidite gauche, dont je n'avais pu enrayer la marche, même par une ouverture large. Je considère donc le pronostic de cette complication comme toujours sérieux, et je suis toujours très inquiet lorsque je la vois survenir après une opération.

Depuis quelques années, j'ai observé un certain nombre de parotidites post-opératoires, et, frappé de cette fréquence, préoccupé de rechercher les conditions qui me permettraient à l'avenir de l'éviter, j'ai étudié cette question dans mon laboratoire avec mes élèves Verliac et Morel. Ce dernier a fait de ce sujet sa thèse inaugurale encore inédite, et c'est en son nom et au mien que je vous donne les conclusions principales de nos recherches qui confirment certaines notions, et en précisent d'autres.

Nous avons d'abord confirmé cette notion que ces parotidites sont d'origine canaliculaire dans tous les cas : dans tous les cas où un examen histologique a été fait, on a trouvé la localisation centrolobulaire ; en outre, la parotidite est toujours partielle ; enfin nous n'avons jamais pu obtenir de cultures avec le sang des malades atteints de parotidite, ce qui se serait produit si l'inflammation était d'origine centrale.

Partant de cette donnée, nous nous sommes efforcé d'étudier, au point de vue expérimental, les influences qui peuvent agir sur la parotide à la suite d'une opération, et, pour chacune de ces expériences mises en jeu, nous étudions son action sur trois séries d'expériences successives : 1° avec parotide intacte; 2° avec malaxation de la parotide (traumatisme); 3° avec barbouillage de la bouche de l'animal avec une culture de staphylocoque (réveil microbien).

En procédant de cette façon, nous n'avons pu déceler l'*influence génitale*. On sait en quoi elle consiste.

Les parotidites post-opératoires se produisent surtout à la suite des opérations abdominales; dans celles-ci, elles succèdent volontiers à des opérations pelviennes, et, parmi celles-ci, surtout aux opérations génitales.

Aussi a-t-on invoqué une relation pathologique entre l'ovaire et la parotide : celle-ci, nous n'avons pu la mettre en relief. Elle n'existe ni pour le testicule ni pour l'ovaire.

Nous n'avons pu non plus mettre en relief l'*influence nerveuse*, invoquée un peu hypothétiquement d'ailleurs. Elle consisterait dans un réflexe nerveux, qui mettrait la parotide en état de moindre résistance.

Or, nous avons excité les nerfs des pédicules spléniques, rénaux, ovariens, et nous n'avons jamais pu produire la parotidite.

Et nous arrivions ainsi à nous limiter à l'étude de l'*influence glandulaire* même, et à étudier le rôle de la salive, de sa sécrétion ou de son excrétion, dont les expériences de Claisse et Dupré avaient autrefois bien montré le rôle et l'importance.

Cependant, ces auteurs, en injectant des cultures dans le canal de Sténon et en liant ensuite le canal, tout en arrivant à établir cette notion nouvelle de l'infection canaliculaire, ne se plaçaient pas tout à fait dans les conditions de la chirurgie.

Nous avons cherché à serrer davantage la clinique, et, dans aucun cas, nous n'avons injecté de culture dans le canal.

Seulement nous avons soumis, pendant trois jours, des chiens à l'influence de l'atropine et, au bout de ce temps, nous avons obtenu ainsi des parotidites post-opératoires, lorsque nous avions en même temps réveillé le microbisme buccal par un apport nouveau.

Nous avions ainsi la preuve que l'arrêt de la sécrétion parotidienne est un des principaux facteurs de la parotidite post-opératoire.

Ce facteur est en effet commun à toutes les opérations. Il y a d'abord l'influence du chloroforme qui arrête la salive. Je n'ai en effet jamais vu de parotidite à la suite de la rachistovaïnisation. Il y a aussi *suppression de l'alimentation solide* et, par conséquent, de cette mastication, qui est le point de départ de la sécrétion parotidienne. Il y a ensuite, et en même temps, *déshydratation* de l'individu, celle-ci produite par la diète préalable, par le purgatif pré et post-opératoire, par la saignée. Nous avons en effet pu obtenir des parotidites en supprimant à des chiens l'eau, les liquides pendant quelque temps, et en les saignant ensuite.

Il nous apparaît donc en fin de compte que le facteur principal qui met la parotide en état de moindre résistance est un facteur mécanique : moindre sécrétion, excrétion nulle, suppression de la *vis a tergo* et du courant protecteur. Nous avons remarqué, en effet, que la parotidite se produisait habituellement du côté sur lequel le malade se couchait et dormait.

D'ailleurs, ces parotidites se produisent quelquefois avant l'opération; il en est de *pré-opératoires*. Et celles-ci se produisent dans les mêmes conditions que celles qui sont consécutives à des opérations; elles se voient chez des individus en expectation d'appendicite (inanition, suppression de l'alimentation solide, des boissons) atteints de grossesse extra-utérine (saignée), d'ulcère de l'estomac. Tout cela n'est qu'une seule et même chose. Et ainsi nos parotidites post-opératoires sont analogues à ces parotidites des hémiplégiques, étudiées récemment par Gilbert et Vilaret, et dans lesquelles la flaxidité, la congestion et le décubitus jouent le principal rôle.

Mais, dans toutes nos expériences, il nous a été nécessaire de réveiller, chez le chien et le lapin, la virulence du milieu buccal pour obtenir l'infection glandulaire.

Chez l'homme, le microbisme est souvent réveillé par l'opération, soit par le chloroforme, soit par la pince à langue, soit par les tampons portés dans la gorge, ou même par l'infection aiguë qui a nécessité l'opération.

Je penserais même, mais sur ce point je serai affirmatif, que toutes les parotidites dites métastatiques qui surviennent au cours d'une affection grave, sont de même nature, c'est-à-dire d'origine buccale.

La conclusion thérapeutique de ces notions est la suivante : pour prévenir et traiter cette parotidite, il faut recourir à la désinfection buccale, au massage, mais avant tout assurer l'hydratation du malade (et le sérum suffit à ce point de vue), rétablir la sécrétion parotidienne par la mastication, au besoin par la mastication d'une balle stérilisée de caoutchouc, et enfin reprendre aussitôt que possible l'alimentation solide.

Traitement de l'ostéomyélite.

M. Mauclaire. — Dans cette discussion sur les indications de la trépanation dans l'ostéomyélite, je crois qu'*il faut tenir compte des variétés d'infections osseuses.*

Il n'est pas douteux qu'il y a de simples abcès sous-périostés

sans infection « apparente » du centre de l'os. J'ai eu l'occasion de voir trépaner ou de trépaner moi-même un grand nombre d'ostéomyélites, enfants ou adultes. Or, je pense que c'est approximativement dans un dixième des cas que l'on ne trouve pas de lésion suppurative « apparente » dans le centre de l'os. Mais il est impossible de le savoir d'avance. C'est tout au plus si l'on peut dire que, dans les abcès sous-périostés avec fièvre peu marquée, avec intégrité apparente de la surface de l'os, l'on pourrait à la rigueur prévoir cette absence de suppuration du centre de l'os. Aussi, dans le doute, je préfère pratiquer la trépanation décongestive ou évacuatrice du pus. Or, dans les cas sus-indiqués de trépanation pour de simples abcès sous-périostés je n'ai jamais vu survenir une infection diffuse de tout l'os, comme dans l'observation III, rapportée par notre collègue Delbet.

J'ai relu cette troisième observation. Il s'agissait d'un cas excessivement grave. La simple incision de l'abcès sous-périosté n'a pas fait tomber la température. La trépanation faite le lendemain n'a pas fait cesser l'état infectieux général et local. De plus, l'infection s'est propagée à l'autre pôle de l'os. Or, il s'agit là d'un cas type d'*ostéomyélite bipolaire*, variété bien décrite par Ollier, Poncet, Gangolphe et Mounier dans sa thèse (Lyon, 1901). Cette ostéomyélite bipolaire, dont j'ai également noté des observations, peut être le résultat d'une infection propagée soit par le canal médullaire, soit tout simplement par les vaisseaux du périoste, sans lésion évidente à la partie moyenne de la diaphyse, soit sous le périoste, soit dans le canal médullaire. Mounier, dans sa statistique, portant sur une quarantaine de cas, en rapporte quelques observations, pour le péroné et pour le tibia surtout. Gangolphe admet même que l'ostéomyélite bipolaire peut être l'expression d'une infection simultanée et indépendante des deux régions juxta-épiphysaires. Dans ces cas les arthrites suppurées sont fréquentes. Et cette infection bipolaire peut survenir même quand on se contente simplement d'inciser l'abcès sous-périosté et avec ou sans trépanation de l'os.

On peut donc se demander pour le troisième malade de M. Delbet, si c'est bien la trépanation qui a été cause de l'extension de l'intection osseuse. Celle-ci a pu se propager simplement par les vaisseaux du périoste ou bien du fait de l'infection générale qui d'emblée était très grave.

C'est pour ces raisons que je crois prudent pour toute ostéomyélite de pratiquer la trépanation exploratrice ou évacuatrice, même pour les formes subaiguës et apparemment limitées à la couche sous-périostique de l'os, car les dangers de cette trépanation ne me paraissent pas démontrés.

M. Pierre Delbet. — La question que j'ai posée devant la Société de Chirurgie est la suivante.

La maladie dont le syndrome clinique est bien connu et qu'on appelle généralement l'ostéomyélite aiguë des adolescents débute-t-elle toujours en plein tissu osseux, dans le bulbe de l'os? N'y a-t-il pas des cas où, avec le même complexus symptomatique, la lésion est primitivement sous-périostée? De la réponse que l'on fait à cette question découlent des conclusions thérapeutiques, et c'est ce qui lui donne de l'importance. La lésion centrale justifie une intervention profonde : la trépanation. A la lésion sous-périostée, il suffit d'opposer une incision large.

Dans la discussion qui a suivi, divers orateurs ont envisagé tout le traitement de l'ostéomyélite et particulièrement la manière dont il faut faire la trépanation quand elle est indiquée. Je leur demande la permission de ne pas les suivre sur ce sujet parce qu'il est vraiment trop vaste et aussi parce que les divergences ne sont sans doute pas aussi profondes qu'elles paraissent.

Je crois bien que chacun des orateurs en décrivant sa manière de trépaner avait dans la mémoire, devant les yeux, un os particulier, qui le tibia, qui le fémur ou l'humérus. Or, il n'est pas douteux que la manière d'opérer diffère beancoup suivant l'os que l'on attaque. Le tibia est facilement accessible, il a un vaste canal médullaire, on le trépane largement, et pour ma part je fais volontiers à sa face interne une large perte de substance de manière à transformer le foyer osseux en une sorte d'auge. Mais quand il s'agit du fémur, c'est une autre affaire. Plus l'os est enveloppé, plus le tissu compact est épais et dur, plus le canal médullaire est petit, et plus on rétrécit, bon gré mal gré, l'étendue de la trépanation. Aussi, pour étudier fructueusement cette question, il faudrait envisager individuellement chaque os du squelette, ce qui serait vraiment bien long.

Je me borne donc aux abcès sous-périostés.

Tous les orateurs qui ont bien voulu apporter ici le résultat de leur expérience en ont vu. Quand M. Félizet a pris la parole avec le tour ironique qu'il affectionne et qui lui sert sous une atténuation feinte à rendre plus énergiquement sa pensée, j'avais eu l'impression, et beaucoup de mes collègues avec moi, qu'il niait les abcès sous-périostiques. Je m'étais trompé : dans le bulletin qui a paru depuis, il déclare en avoir vu. « J'ai vu, dit-il, des abcès sous-périostés, j'en ai ouvert un certain nombre, et j'ai pu en obtenir la guérison, sans avoir recours à la trépanation. » Et il ajoute : « Dans ces cas, peu fréquents d'ailleurs, la suppuration sous le périoste était un accident primitif, dont les lésions étaient

limitées en surface et en profondeur et, en dépit de la nécrose, n'avaient aucune tendance à se propager vers la moelle. »

Il est impossible d'affirmer plus nettement l'existence des abcès qui débutent sous le périoste sans participation primitive de la moelle osseuse. Mon maître M. Kirmisson, mon ami Broca sont non moins affirmatifs sur ce point.

L'existence des abcès sous-périostiques, sans participation de la moelle, n'est donc pas douteuse, et il faut leur conserver une place à côté de l'ostéomyélite.

Tous les chirurgiens qui en ont vu les considèrent comme peu fréquents. Moi-même, j'avais dans ma communication insisté sur leur rareté relative. Et après la discussion qui vient de se dérouler, je me demande s'ils sont aussi rares que je le croyais. Mon ami Mauclaire estime qu'on les rencontre une fois sur dix. C'est une proportion considérable.

Tous les orateurs s'accordent à reconnaître que les foyers secondaires évoluent souvent sous le périoste sans participation de la moelle centrale. Or, il n'y a bien évidemment aucune différence pathogénique entre le foyer primitif et les foyers secondaires. Ils sont tous dus à la colonisation de microbes qui circulent primitivement dans le sang. Pénétration des microbes par une porte d'entrée quelconque, invasion du sang par ces microbes, c'est-à-dire septicémie, puis colonisation élective en un point du squelette, telles sont les trois étapes pathogéniques de l'infection osseuse.

Permettez-moi à ce propos une courte digression sur la porte d'entrée. Nous savons qu'elle se trouve souvent dans les voies digestives, et je me demande si elle ne siège pas dans bien des cas au niveau de l'appendice. L'un des malades dont je vous ai parlé avait incontestablement de l'appendicite chronique. S'il en est ainsi, et je le crois, c'est une raison de plus d'enlever les appendices malades.

Quoi qu'il en soit, on ne voit aucune raison pour que la localisation élective des microbes qui ont pénétré dans le sang diffère pour les foyers secondaires de ce qu'elle est pour le foyer primitif. S'il est vrai, et tout le monde l'a reconnu, que les foyers secondaires sont souvent périostiques, on ne peut s'empêcher de penser qu'il doit en être souvent de même pour le foyer primitif, et l'on est conduit à se demander si même dans certains cas où l'os est malade, la lésion n'a pas marché de la superficie vers la profondeur au lieu d'évoluer du centre vers la surface.

La seule différence qui puisse exister entre les foyers secondaires et le foyer primitif, c'est une gravité moindre due à une demi-vaccination. Ceci suffirait à expliquer qu'avec une origine

superficielle commune, les lésions de l'os soient plus rares dans les foyers secondaires que dans le primitif.

Et ce qui tend à prouver que la lésion débute sous le périoste plus souvent que nous ne le pensons, c'est la pratique de M. Kirmisson. M. Kirmisson rejette systématiquement la trépanation préventive. Il commence par de larges débridements du périoste dans toute l'étendue où il est décollé, et c'est seulement dans les jours suivants qu'il trépane, si cela devient nécessaire.

Si M. Kirmisson suit cette pratique, c'est qu'elle lui donne de bons résultats; j'entends de bons résultats immédiats, les seuls dont on puisse faire état, puisque, sauf M. Lucas-Championnière, tous les chirurgiens qui ont pris part à cette discussion ont déclaré que la trépanation primitive, même large, n'a pas d'influence sur l'évolution de l'ostéomyélite prolongée.

Si M. Kirmisson obtient de bons résultats immédiats, c'est que la lésion ne débute pas par le centre de l'os aussi souvent que nous le croyons. Et nous serions renseignés sur ce point important si M. Kirmisson voulait bien nous dire dans quelle proportion de cas la trépanation devient nécessaire ou se fait spontanément.

Depuis ma communication, deux groupes de faits nous ont été envoyés concernant les abcès sous-périostiques : l'un par le Dr Coville (d'Orléans), l'autre par le Dr Darquier (de Cahors). Ces faits me paraissent dignes d'être brièvement résumés.

Voici les deux observations de M. Coville :

Dans la première, il s'agit d'un garçon de dix-huit ans atteint d'un vaste abcès sous-périostique allant de la partie moyenne de la cuisse au grand trochanter. Bien que l'os fût peu rouge, M. Coville fait la trépanation au ciseau et au maillet. Il trouve une moelle rougeâtre sans trace de pus. « Je continue cependant mon évidement, dit-il, dans une étendue de 10 à 12 centimètres, mais sans trouver de suppuration. » Le malade a guéri sans éliminer de séquestre. On pourrait dire que l'abcès n'occupant pas une région épiphysaire, il ne pouvait pas y avoir de lésion bulbaire. Le fait ne prouve pas moins que de vastes abcès sous-périostiques peuvent rester superficiels tout en donnant lieu au syndrome classique de l'ostéomyélite.

Le second cas de M. Coville a trait à un enfant de neuf ans qui présentait des foyers multiples avec une endocardite et des phénomènes septicémiques d'une extrême gravité, — les oscillations thermiques s'élevaient à 40°4. — Le foyer primitif siégeait au niveau du radius droit. Les deux foyers secondaires occupaient l'un l'extrémité inférieure du radius gauche, l'autre l'extrémité supérieure du péroné droit. M. Coville trépana les trois os. Il trouva du pus intra-osseux dans ces deux foyers secondaires,

mais n'en trouva pas dans le foyer primitif. « Contrairement à mon attente, dit M. Coville, l'os n'était ni gonflé ni rouge. Je trépanai cependant, mais il ne s'écoula aucune gouttelette de pus appréciable. Le tissu spongieux me parut normal. » L'enfant succomba le quatrième jour.

Ce fait est fort intéresssant. Il montre que l'opposition que plusieurs orateurs ont tenté d'établir entre le foyer primitif et les foyers secondaires n'est pas toujours exacte, puisque, au niveau du radius droit, le premier atteint, la lésion était purement sous-périostique tandis que l'os était malade dans les foyers secondairement pris. Ce fait est d'accord avec le raisonnement qui me conduisait à dire qu'il ne peut pas y avoir de différence fondamentale entre les foyers primitifs et les secondaires.

J'arrive aux deux observations du Dr Darquier.

La première concerne une périostite phlegmoneuse diffuse de l'humérus développée chez un garçon de treize ans. Elle a guéri par de simples incisions. Depuis, l'ancien malade a fait son service militaire; il est actuellement ouvrier typographe et n'a plus jamais souffert de son bras.

Ce cas ressemble à l'un de ceux dont je vous ai parlé dans ma communication. Mon ami Broca s'est demandé, très légitimement d'ailleurs, si chez mon malade la guérison serait durable. Je suis heureux de pouvoir lui dire qu'il continue à bien se porter.

L'autre observation a trait à un enfant de douze ans, qui, avec une température de 40 degrés, un état général très grave, présentait une tuméfaction volumineuse de l'extrémité inférieure du tibia droit. Le Dr Darquier avec l'aide du Dr Ausset fit une large incision suivie de drainage sans trépanation. Une fistule persista pendant quelques mois et donna issue à quelques parcelles osseuses. Puis tout rentra dans l'ordre. Le jeune homme a fait depuis trois ans de service militaire dans un régiment de ligne et il est actuellement ouvrier peintre.

Dans les deux faits de M. Coville, l'intégrité de la moelle a été constatée *de visu*. Dans les deux de M. Pasquier, la guérison complète, assez rapidement obtenue et constatée après plus de dix ans, permet d'affirmer l'absence de lésions centrales.

Messieurs, tous les faits qui ont été cités au cours de la discussion, ceux que je viens de vous rapporter prouvent que l'abcès sous-périosté, l'antique périostite phlegmoneuse diffuse, a été trop oublié. Je ne chercherai pas à savoir si la lésion siège dans les couches superficielles de l'os ou dans le périoste proprement dit, c'est là une question d'ordre microscopique, et je veux rester sur le terrain pratique.

Je ne chercherai pas non plus à combler la lacune que m'a

reprochée mon ami Broca, l'absence d'examens bactériologiques. Il est probable que certains microbes se localisent de préférence dans le bulbe, tandis que d'autres colonisent plus volontiers sous le périoste, mais il n'y a pas là de règle absolue. Nous savons tous qu'on a abusé il y a quelques années des prétendues relations entre la nature de l'agent infectieux et la forme de la lésion ; Broca le sait mieux que personne, lui qui a vu une ostéomyélite vraie, centrale, déterminée par celui de tous les microbes qui a le plus de tendance à produire des lésions superficielles dans le squelette, je veux dire le bacille d'Eberth. Il est bien certain qu'à côté de la nature des microbes, il faut tenir compte de leur virulence, qui est elle-même purement relative et faite autant du peu de résistance du sujet que des qualités propres de l'agent pathogène.

Broca a d'ailleurs reconnu que cette question est d'ordre plus théorique que pratique, car, comme il le dit, « lorsque le malade est endormi, nous n'avons pas le loisir de faire examiner bactériologiquement le pus pour déterminer si nous devons ou non ouvrir le canal médullaire ». Et c'est là ce qu'il s'agit de savoir.

Ce qui ressort en effet le plus incontestablement de notre discussion, c'est que la présence du pus sous le périoste ne commande pas à elle seule l'ouverture du canal médullaire. La trépanation est dans certains cas inutile et elle peut être dangereuse. On ne doit donc pas la pratiquer systématiquement. Elle a ses contre-indications. Quelles sont-elles ?

Pas plus que l'examen bactériologique, les symptômes ne peuvent nous renseigner. Avec des phénomènes septicémiques de la plus extrême gravité, le pus peut être localisé sous le périoste sans la moindre participation de la moelle centrale. Avant l'ouverture de l'abcès sous-périostique, it est, je crois, tout à fait impossible de savoir s'il faudra trépaner. Seule, l'inspection de l'os peut permettre de prendre un parti.

Tantôt il est blanc, avasculaire, sonnant sec. C'est qu'il est déjà mort. Dans ces cas, la trépanation n'a que des avantages, car il y a dans le canal médullaire du pus qui ne peut se faire jour au dehors.

Tantôt l'os est mou, très vascularisé ; les canaux de Havers sont élargis, et par leurs orifices on voit sourdre des gouttelettes de pus. Il y a encore à n'en pas douter suppuration du canal médullaire, et la trépanation est utile. Mais peut-être s'impose-t-elle moins que dans le cas précédent, parce que l'élargissement des canaux de Havers représente de multiples trépanations spontanées et que le pus n'est pas complètement enfermé.

Au contraire, quand l'os présente une apparence à peu près

normale ou qu'il est simplement vascularisé, la trépanation n'a aucune utilité ; elle peut être dangereuse. Il vaut donc mieux s'en abstenir.

Sur l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille.

M. Paul Berger. — Dans son intéressant rapport où il a si judicieusement étudié les diverses voies d'accès qui permettent de pratiquer l'extraction des projectiles de petit calibre qui se sont fixés dans les parties profondes du temporal, M. Picqué me semble ne pas avoir rendu une justice suffisante à l'un des moyens qui nous permettent de la manière la plus sûre de déterminer la situation du corps étranger. C'est l'appareil Trouvé, bien négligé je le crois, dans cette recherche, depuis que nous avons pour établir nos constatations le secours des rayons X. Je n'ai nullement l'intention de discuter la valeur indéniable que ceux-ci possèdent dans la recherche des projectiles perdus dans la masse du rocher. L'explorateur Trouvé a néanmoins sur eux un avantage. Les rayons nous donnent une image du projectile; avec deux de ces images, obtenues dans deux plans différents, on peut préciser la situation exacte du corps étranger, mais cette détermination reste une affaire de calcul et d'évaluation un peu mathématique. Avec l'explorateur Trouvé, on touche le projectile, et du même coup on sait que c'est bien lui qui donne le contact, on apprécie la profondeur, la direction précise où il se trouve, ses dimensions, le diamètre suivant lequel il se présente. Aucune incertitude n'est possible ; au bout d'un très court trajet on a le projectile à portée des instruments.

Du même coup, autre avantage, disparaît la plus grande partie de l'incertitude que l'on pouvait avoir sur la voie qu'il faut suivre pour l'aborder et l'enlever.

Puisque l'explorateur nous conduit au corps à extraire par un trajet direct, rectiligne, pourquoi ne pas le suivre et utiliser, en l'agrandissant suivant les nécessités, le canal traumatique? En mettant de côté les cas où le trajet très oblique du coup de feu, la situation particulière du projectile telle qu'il peut être plus aisé d'aller directement à lui par la voie mastoïdienne ou par la voie pré-auriculaire engagent à abandonner la voie créée par le canal traumatique, par le coup de feu lui-même, me paraît la meilleure à suivre. On l'agrandit suivant les besoins : l'explorateur qui guide dans la marche vers le corps étranger permet de reconnaître le sens dans lequel cet agrandissement du canal trau-

matique peut être effectué sans danger; en général, c'est du côté de l'apophyse mastoïde et de l'antre que l'on pourra se frayer une voie après avoir détaché, récliné le pavillon de l'oreille, incisé la conque et les téguments depuis l'orifice d'entrée du projectile jusqu'à l'incision pratiquée dans le sillon auriculaire et même au delà, et après avoir dégagé avec la rugine le temporal aux environs du conduit auditif externe; dans d'autres cas, c'est la paroi supérieure du conduit qu'il faudra attaquer avec précaution, surtout si quelque fissure fait penser à une communication entre le foyer traumatique et l'intérieur du crâne; dans un cas, c'est en déblayant les fragments de la lame tympanique que je suis arrivé au corps à extraire. Il n'y a pas de guide plus sûr que le conducteur métallique qui aboutit au corps étranger et dont le trajet indique s'il y a quelque organe, quelque nerf, quelque vaisseau important dont la lésion soit à craindre dans le travail auquel on se livre avec les pinces, la gouge ou le ciseau. L'appareil Trouvé peut même, à cet égard, donner des renseignements précieux et tout à fait inattendus. J'ai relaté une observation dans laquelle l'excitation électrique du nerf facial, produite par le contact de l'explorateur, me permit de reconnaître la présence de ce nerf qui était à nu dans la plaie et d'éviter sa blessure.

Aussi en reconnaissant avec tous les chirurgiens la nécessité de s'appuyer toujours sur l'emploi de la radiographie pour reconnaître la situation des petits projectiles, particulièrement des balles de revolver qui ont pénétré dans le rocher à la suite de tentatives de suicide, j'insiste pour que dans les tentatives d'extraction on ne se prive pas de l'aide plus précise encore, tout aussi scientifique et non moins précieuse que peut nous donner l'explorateur électrique de Trouvé. Les objections tirées de la difficulté d'avoir cet instrument à portée et de la crainte de manquer aux conditions d'asepsie que doit réaliser l'exploration d'une blessure de cet ordre, ne sont pas sérieuses ; on peut sans grand'peine réaliser la stérilisation de la partie de cet appareil que l'on touche et que l'on met au contact du foyer traumatique. Pour ma part, toutes les fois que j'ai eu à extraire un projectile dans les cavités du rocher, j'y ai eu recours avec grand avantage. L'exploration, quand elle reste négative, fait tout au moins reconnaître, ce qu'indique également la radiographie, que le projectile a traversé le temporal sans y rester fixé et que c'est ailleurs qu'il faut le chercher si on le juge opportun.

Rapport.

Fracture de Dupuytren avec diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et fracture de l'astragale. Enclavement de l'astragale entre le tibia et le péroné. Astragalectomie. Ostéotomie du péroné. Enclouage de la malléole externe du tibia, par M. le Dr PAUL RICHE, chirurgien des hôpitaux, et

Rapport par M. ED. SCHWARTZ.

Tel est le titre d'une très intéressante observation que nous a adressée le Dr Paul Riche et dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

Voici d'abord l'observation que nous donnons *in extenso* étant donné la rareté du fait et l'originalité de l'intervention qui a été dirigée contre la lésion.

M. Riche a joint à son observation quatre radiographies très démonstratives : deux nous montrent les lésions avant l'intervention, deux autres de profil et de face, la disposition des parties une fois l'intervention pratiquée.

OBSERVATION. — Le nommé P..., âgé de trente ans, entre le 23 février 1906 dans le service de M. le Dr Schwartz, que j'avais l'honneur de suppléer.

Il y a six mois, en traversant une voie de chemin de fer, dans une gare mal éclairée, il fit une chute dans une de ces fosses qui servent à visiter le dessous des locomotives. Son pied gauche s'est, croit-il, porté en abduction. La douleur fut violente avec sensation de craquement. Le blessé ne put se relever; dès le lendemain, le gonflement était énorme et de nombreuses phlyctènes apparaissaient.

Il fut soigné à l'hôpital militaire de Mamers, où on le traita par des lotions d'eau blanche et l'application d'un appareil de Scultet qu'il garda cinquante jours. Il resta encore au lit une dizaine de jours sans appareil, puis demanda sa sortie pour laquelle on lui mit un plâtre.

Au mois de janvier seulement il put marcher sans béquilles, mais il se fatiguait tout de suite et l'œdème était considérable.

État actuel. — La région tibio-tarsienne est très gonflée et présente des cicatrices. Le pied est légèrement en abduction et en valgus.

La palpation n'est pas douloureuse. En dehors, on sent la saillie sous-cutanée de la malléole externe, mais son rebord antérieur est peu net et semble se continuer en avant avec un plan osseux. En suivant le péroné on le sent se diriger en haut, en dedans et en arrière, formant avec sa partie supérieure un angle obtus ouvert en avant et en dehors.

La malléole tibiale est très augmentée de volume et son bord postérieur se délimite mieux que l'antérieur.

En avant on sent les tendons extenseurs soulevés au-devant de l'articulation.

En cherchant le ballottement astragalien, on voit un mouvement de translation mais on ne perçoit pas le ballottement.

Du sommet de la rotule au bord externe du pied, on trouve à gauche 47 cent. 5, à droite 49 centimètres (ces chiffres me paraissent inexacts).

La distance entre les deux malléoles est, à gauche, de 10 centimètres, et à droite, de 8 centimètres.

Le tour du cou-de-pied, passant par le point culminant du talon, est de 37 centimètres à gauche et de 34 centimètres à droite.

La flexion et l'extension sont possibles mais limitées.

La station debout augmente le valgus.

Claudication notable avec craquements perçus par le blessé.

Sur la radiographie de face on voit que la malléole interne a été fracturée à sa base et que le péroné s'est brisé obliquement à 12 centimètres de la pointe de sa malléole. Il existe un diastasis très considérable de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et l'astragale paraît avoir pénétré entre les deux os.

Cet os lui-même est très déformé dans la région de la poulie.

La radiographie de profil montre qu'un fragment a été détaché de la poulie astragalienne et transporté en avant. L'extrémité postérieure de ce fragment paraît s'être engagée entre le tibia et le péroné, le reste de l'os ayant basculé en dehors.

De l'examen du blessé et des radiographies je conclus qu'il serait nécessaire de pratiquer l'astragalectomie et l'ostéotomie du péroné; pour maintenir la réduction du diastasis je pensai que l'appareil plâtré serait insuffisant et je résolus de fixer directement le péroné au tibia par le procédé le plus simple. Pour ce faire, j'eus recours à un clou qui ne portait ni nom d'auteur ni signature de fabricant, mais que je choisis tout bonnement dans ma boîte à clous et fis stériliser.

Opération le 27 *février* 1906. — Je fis les deux incisions classiques de l'astragalectomie en prolongeant l'externe le long du péroné. Je tombai dans une gangue ostéo-fibreuse qui ne me permit d'enlever l'astragale que par morcellement.

Je fis une section oblique du péroné au siège de la fracture. La correction du diastasis se faisait avec peine et ne se maintenait pas; je m'applaudis d'avoir apporté mon clou et clouai la malléole externe au tibia. Appareil plâtré : drainage.

Les suites furent des plus simples; le blessé se leva au bout d'un mois et quitta l'hôpital le 6 avril 1906, marchant bien.

Le clou a été parfaitement toléré. Bien entendu, je le considère comme actuellement inutile et n'ai jamais pensé lui demander qu'une fixation temporaire pour permettre la réparation en position satisfaisante.

La radiographie de face, faite le 29 mars 1906, montre que le diastasis n'est pas absolument corrigé; des produits d'ossification existent encore autour de l'extrémité inférieure du tibia.

Cette observation nous intéresse à deux points de vue : la lésion et l'intervention pratiquée par le Dr Riche.

Tout récemment notre président Quénu, dans son mémoire très documenté et très complet (*Revue de Chirurgie*, juin et juillet 1907), a étudié le diastasis tibio-péronier inférieur, nous a montré ses différents mécanismes, les fractures qui l'accompagnent, et terminait par les indications à remplir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

L'enclavement de l'astragale entre les extrémités inférieures du tibia et du péroné est une lésion très rare, et c'est avec peine qu'il a pu réunir 3 faits de cette variété; encore celui que rapporte Polaillon n'est-il pas tout à fait typique, la malléole externe détachée du péroné ayant conservé ses rapports avec la facette externe de l'astragale. Il n'y a en somme que les cas de Cheyne, d'Ollier, de Lucas-Championnière et celui que j'ai disséqué alors que j'étais prosecteur à Clamart et que j'ai présenté à la Société anatomique (14 février 1879). Le cas de M. Riche vient s'ajouter aux précédents et la radiographie nous montre, ainsi que l'intervention qui a été pratiquée, que c'est un type d'enclavement de l'astragale dans un diastasis tibio-péronier avec frature de la malléole interne à sa base et fracture du péroné vers son tiers inférieur.

Dans tous les cas observés, le diastasis s'accompagne toujours de fracture du tibia au niveau de sa malléole et de fracture du péroné plus ou moins haut au-dessus de la malléole externe. Dans celui que j'ai décrit, la fracture du péroné siégeait au niveau du tiers supérieur et était en bec de flûte très oblique.

Ces lésions sont toujours le résultat d'un traumatisme considérable qui explique leur complexité, qui explique aussi ces arrachements ligamenteux, ces arrachements de petits fragments qui deviennent le point de départ de véritables ostéophytes qui compliquent encore la situation. Quénu a bien montré tout cela et nous ne pouvons que renvoyer à son excellente monographie.

Pour ce qui est du traitement de pareilles lésions, voici ce que dit notre collègue. En cas de pénétration de l'astragale entre les deux os, l'astragalectomie partielle ou totale nous paraît l'opération la plus rationnelle; l'incision partielle a d'ailleurs été faite par Cheyné. Notre jeune collègue Riche, dont l'opération date du mois de mars 1906, s'était bien rendu compte que c'était la chose à faire; mais il y ajoute une manœuvre originale qui a consisté après l'ablation de l'os luxé en haut, à rapprocher le tibia du péroné et à les maintenir à l'aide de l'enclouage.

Une fois l'astragale enlevé par morcellement, il pratiqua une ostéotomie oblique du péroné au niveau de l'ancienne fracture,

puis s'aperçut que la correction du diastasis se faisait avec peine, malgré la mobilisation du fragment inférieur qui ne se maintenait pas en place; il prit alors un clou qu'il avait stérilisé dans cette intention, et cloua directement le péroné contre le tibia. Un appareil plâtré fut appliqué. Le blessé se leva au bout d'un mois et quitta l'hôpital le 16 avril, marchant bien.

Les radiographies qui ont été faites une fois la guérison obtenue, nous montrent que le diastasis n'est pas complètement réduit et que cette réduction paraît surtout tenir à l'interposition de petits fragments arrachés lors du traumatisme et que l'opération n'a pu enlever.

Quoi qu'il en soit, le péroné est droit, le diastasis est considérablement amoindri et, ce qui plus est, le blessé a récupéré une bonne marche, ce qui est de beaucoup le point le plus important.

Nous devons en féliciter notre confrère Riche.

Je vous propose de déposer dans nos archives son observation qui est publiée tout au long dans mon rapport, et de reproduire dans notre Bulletin les si intéressantes radiographies qu'il nous a communiquées.

Présentation de malade.

Tumeur juxta-intestinale.

M. Proust. — Tumeur juxta-intestinale et ayant occasionné un rétrécissement de l'intestin.

M. Lejars, rapporteur.

Présentations de pièces.

Fibrome kystique de l'utérus.

M. Souligoux. — Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-trois ans, n'ayant pas eu de maladies antérieures. Trois grossesses normales ; la dernière date de vingt-sept ans.

Depuis, elle a eu des mictions fréquentes, un peu douloureuses ; ses urines auraient contenu à différentes reprises du sable rougeâtre, jamais d'hématurie. Toujours très régulièrement réglée.

Depuis quatre ou cinq jours, cette femme a constaté que son

ventre a progressivement augmenté de volume ; elle a ressenti dans l'abdomen des douleurs assez vagues sans localisation très précise. Les mictions sont alors devenues plus fréquentes, s'accompagnant de douleurs au niveau des lombes.

Les règles sont toujours très régulières, d'abondance normale et durent deux jours.

Examen. — La palpation permet de reconnaître, au travers de la paroi, deux tumeurs qui semblent bien distinctes. L'une médiane, s'étendant à travers le doigt au-dessus de l'ombilic, présente le volume d'une tête d'adulte ; elle est molle, fluctuante en certains points, surtout à sa partie supérieure ; l'autre siège au-dessus du pubis, soulève la paroi, elle a le volume d'une grosse orange et présente de petites nodosités à sa surface. Il est facile d'engager la main entre les deux tumeurs.

La palpation combinée au toucher vaginal montre que cette dernière tumeur n'est autre que l'utérus repoussé en avant par la première qui s'engage dans le cul-de-sac postérieur. Les deux tumeurs semblent indépendantes l'une de l'autre. Le diagnostic porté est : fibrome utérin, et kyste multiloculaire.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. La tumeur apparaît irrégulière, de consistance inégale : par places, solide, rougeâtre, sillonnée de grosses veines ; en d'autres points, blanche, tendue, kystique. Elle résiste d'abord à toute tentative d'extraction, enclavée qu'elle est dans le petit bassin. Sa partie inférieure, dure, s'engage en effet derrière l'utérus entre lui et le péritoine et dans le ligament large droit.

Pour pouvoir l'enlever, on sectionne l'utérus, qui est fibreux près de son col, et on arrive ainsi à pénétrer dans le ligament large par sa face antérieure, et la masse entière, tumeur et utérus, est extirpée.

La portion enclavée est de consistance uniformément dure ; elle est formée de 4 ou 5 masses arrondies, un peu mamelonnées, de volume variant de celui d'une orange à celui des deux poings. Ces masses, assez distinctes les unes des autres, sont cependant confondues par une de leurs extrémités ; c'est par ce point qu'elles s'insèrent à la face postérieure de l'utérus au niveau de son col.

Ces masses dures sont dominées par la tumeur molle partiellement kystique qui s'implante au même point de la paroi postérieure de l'utérus. Cette dernière masse est plus grosse qu'une tête d'adulte. Après section, le tissu mou est stratifié, se creuse à mesure que l'on approche de la face postérieure de cavités kystiques progressivement plus grandes. La plus grande de ces cavités est énorme, elle contenait près de 3 litres de liquide, sa paroi présente une épaisseur de 4 centimètres et demi environ.

Sutures de la paroi. Deux gros drains sont placés dans le petit bassin, suites opératoires normales. Au sixième jour, la malade fait un peu de congestion pulmonaire. Aujourd'hui, vingt-cinquième jour, il ne reste plus que le trajet des drains à cicatriser.

Examen histologique. — Par M. Lefas, préparateur de M. Cornil. — Les masses dures sont formées de tissu musculaire lisse disposé en faisceaux entre-croisés en volutes, les uns obliques, les autres coupés transversalement : on a nettement l'impression de tissu utérin.

Au point d'intersection de quelques-uns de ces faisceaux, on voit de petites zones d'aspect aréolaire : les espaces vides, irréguliers, ne renferment pas de sang mais quelques noyaux peu nombreux mal colorés. Les trabécules sont formées de fibres-cellules musculaires courtes, à noyaux hypertrophiés et en multiplication. En quelques points on a des noyaux cellulaires proliférés en amas donnant l'impression de *pseudo*-cellules géantes.

En d'autres endroits du tissu musculaire utérin, ce dernier est dissocié par du tissu conjonctif adulte œdémateux à fibrilles mal distinctes : on voit même un capillaire reconnaissable entouré d'une petite zone circulaire de tissu semblable.

Les deux aspects : 1° aspect aréolaire avec noyaux musculaires gonflés et 2° aspect œdémateux du tissu interstitiel conjonctif offrent dans la pièce des rapports assez étroits de contiguïté.

Enfin d'autres points offrent l'aspect suivant : tissu musculaire lisse disposé en fascicules stratifiés et parallèles, mélangé d'un peu de tissu conjonctif œdémateux et limitant des espaces vides ; on voit en ces points de nombreux globules blancs des diverses variétés.

Dans d'autres points de la pièce (voisins de la grande cavité kystique), de consistance molle, d'aspect aréolaire et kystique, la structure est toute différente. On ne reconnait plus de fibres-cellules musculaires ni de noyaux de ces fibres. Le tissu est stratifié par places, aréolaire dans d'autres, creusé de petites loges vides ; dans d'autres points, certaines aréoles offrent un fin grillage formé de trabécules conjonctives fines.

Tout ce tissu est du tissu conjonctif d'aspect œdémateux et imbibé, à noyaux presque invisibles.

En somme, on se trouve en face de fibromyomes de l'utérus ayant subi la transformation kystique. Cette dernière paraît être le fait non d'hémorragies ou de dégénérescence colloïde, mais d'une transformation œdémateuse ayant amené en premier lieu la régression et la disparition des fibres musculaires, et en second lieu ayant produit au sein de la charpente conjonctive interstitielle les cavités de divers volumes que présente la pièce.

Fibrome kystique de l'utérus pesant 74 livres.

M. SOULIGOUX. — Ph... (Marie), ménagère, quarante-huit ans, opérée le 28 mars 1901.

Cette femme présentait un kyste extraordinairement volumineux qui remplissait toute la cavité abdominale.

Néanmoins, il existait de la sonorité dans les deux flancs.

Dimensions de l'appendice xiphoïde au pubis : 68 centimètres, d'une épine iliaque à l'autre : 1 mètre.

Circonférence au niveau de l'ombilic : 1 m. 41.

On incise le long de la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Puis l'incision agrandie est menée à 5 centimètres au-dessus de ce point.

La tumeur apparaît. Devant elle serpentent de grosses veines *épiploïques*, du volume d'une forte plume d'oie. On les saisit avec des pinces de Kocher et on les sectionne.

La tumeur est ponctionnée, et ce n'est qu'avec une grande difficulté que l'on parvient à faire pénétrer le trocart. A la vue, la tumeur présentait la coloration du fibrome.

Il s'écoule 28 litres de liquide.

On cherche alors à tirer au dehors cette tumeur, mais on ne parvient à le faire qu'avec de grandes difficultés en la fixant avec des pinces à préhension. On aperçoit alors d'énormes veines et artères épiploïques qui viennent s'insérer sur elle. Ces vaisseaux saisis avec des pinces sont sectionnés.

A la partie supérieure, on rencontre une adhérence très intime avec le côlon transverse. La séparation est faite au ciseau, en coupant à travers la paroi du kyste.

On peut alors renverser complètement la tumeur, et l'on constate que son pédicule du volume du pouce fait corps avec la corne utérine droite. Et c'est en plein tissu utérin que l'on sectionne pour l'éliminer définitivement.

A ce moment, la terminaison de l'utérine donne un jet abondant. L'artère est saisie avec des pinces.

L'utérus présente une multitude de fibromes.

Hystérectomie subtotale. Tous les vaisseaux saisis avec peine sont liés. La plaie utérine est réunie par des fils de soie et l'opération se termine par la suture de la paroi abdominale.

A l'ouverture de la poche, on voit ce même liquide sale qui formait la totalité du kyste ; mais en même temps une sorte de boue jaunâtre, ocreuse, adhérente à la paroi ; cette paroi, de plus, présente des points épaissis de 4 centimètres d'épaisseur environ. A la coupe, elle est manifestement formée par du tissu analogue

au fibrome de l'utérus. Il s'agit donc d'un utérus fibromateux ayant donné naissance à un fibrome kystique qui, vidé de son contenu et réduit à sa simple paroi, pèse 9 kilos.

Si l'on ajoute ces 9 kilos aux 28 litres de liquide, on a un poids approximatif de 74 livres.

Guérison sans incidents. La malade sort le vingt-cinquième jour après l'opération.

Pénis étranglé dans un anneau métallique.

M. E. Potherat. — Les aberrations les plus inattendues s'observent parfois chez certains vieillards. Les voies génito-urinaires constituent assez souvent le champ où s'exercent ces aberrations.

Le fait suivant que je vous rapporte tant en mon nom personne qu'au nom de mes deux internes MM. Dubosc et Pierre Jacob, en est un nouvel exemple.

Il y a huit jours, se présentait dans mon service à l'hôpital Broussais un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, amené, disait-on, parce qu'il ne pouvait plus évacuer sa vessie et qu'il souffrait sensiblement d'une violente envie d'uriner. Un médecin, raconte-t-on, avait été appelé, avait vainement essayé de sonder le patient, n'y était point parvenu, avait déclaré qu'il s'agissait là d'une hypertrophie de la prostate et que le malade ne pourrait être sondé qu'à l'hôpital. Je ne me porte pas garant de la véracité de ce récit. Toujours est-il que lorsque mes internes Dubosc et P. Jacob le virent à neuf heures du soir environ, ils furent frappés par la turgescence bleuâtre de la presque totalité de la verge, turgescence tranchant nettement avec un étranglement siégeant tout près du pubis à la racine même de l'organe; au fond de ce sillon ils aperçoivent un anneau métallique que l'homme avoue s'être introduit le matin même à huit heures, anneau qui était la cause première et de la turgescence de la verge, et de la rétention d'urine.

Cette constatation faite, il s'agissait d'enlever l'anneau cause des accidents. Ce n'était pas chose facile, vous le concevez en regardant cet anneau dont je vais vous donner les dimensions dans un instant.

MM. Dubosc et Jacob essayèrent d'abord de le sectionner avec la scie de Gigli, mais bientôt la scie s'échauffa violemment, menaçant de brûler les tissus, puis elle se rompit. Ils firent mander le serrurier de l'hôpital, mais celui-ci était absent : des infirmiers envoyés dans le voisinage trouvèrent chez tous les serruriers

porte close : ce fut un marchand de vins qui sauva la situation. Il fournit une lime appropriée à l'aide de laquelle MM. Dubosc et Jacob purent sectionner l'anneau assez profondément pour qu'une pince coupante put achever de le diviser. A l'aide de daviers ils ouvrirent ensuite cet anneau, le pénis se trouva libre et aussitôt le malade put évacuer sa vessie qui remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Nous eûmes tout d'abord quelque inquiétude pour la vitalité des téguments de la verge, mais aujourd'hui cette inquiétude est totalement disparue; il reste seulement une petite plaie superficielle et circulaire à la base de l'organe, plaie en bonne voie de guérison.

Voici cet anneau, c'est une virole de fer analogue à celles qu'on met aux manches en bois d'outils enfoncés dans ce bois et pour en empêcher l'éclatement. Il mesure 12 millimètres de hauteur, 2 millimètres d'épaisseur, et il n'a que 18 millimètres de diamètre intérieur. Evidemment la verge ne pouvait y pénétrer qu'à l'état de flaccidité, et encore par traction forcée, et on conçoit aisément que cet anneau parvenu à la racine de la verge ait provoqué les accidents que j'ai signalés.

Si j'ai rapporté ce cas, c'est pour montrer à quels errements peut être entraîné un cerveau sénile, quels accidents peuvent provoquer certaines pratiques au moins bizarres, et pour féliciter aussi MM. Dubosc et P. Jacob de l'ingéniosité dont ils ont fait preuve en la circonstance.

Kyste de l'ovaire gauche rompu spontanément dans l'abdomen. Laparotomie. Guérison.

M. E. Potherat. — La possibilité de rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire est un fait qu'il n'est pas permis aujourd'hui de révoquer en doute. Des faits ont été produits qui défient toute contestation.

Toutefois les faits ne sont pas encore très nombreux qui ont été bien observés et publiés, ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte en parcourant la thèse de mon élève Henri Chevillotte (Paris, 1907).

J'en ai observé plusieurs exemples rapportés pour la première fois ou rappelés dans cette thèse.

La question n'a pas souvent été abordée dans notre Société, au moins dans ces dernières années, et c'est ce qui m'encourage à

vous présenter cette pièce enlevée il y a cinq jours, à une femme de trente-cinq ans, dans mon service de l'hôpital de Bon-Secours.

On a beaucoup discuté sur la gravité de cet accident. Le fait actuel vous démontrera qu'en elle-même la rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire n'offre pas de gravité, alors même qu'elle s'est produite depuis quelque temps.

Notre malade n'avait rien présenté d'anormal, jusqu'au mois de juin 1906 : aucun trouble abdominal, aucune manifestation morbide du côté des organes génitaux; elle avait mené à bien trois grossesses normales.

Mais à partir de juin 1906, elle s'aperçoit que son ventre se développe. Il grossit progressivement jusqu'en février 1907; il était alors très manifestement proéminent; toutefois, aucun accident douloureux ou autre n'accompagnant cette augmentation de volume du ventre, la malade ne s'en préoccupait pas autrement. Mais voici que le 26 février, tout à coup, *sans cause appréciable*, elle est prise d'une « crise abominable » de douleurs dans le ventre, plus particulièrement à droite. On pensa à une appendicite; la malade subit un traitement en rapport avec cette opinion, et dut garder le lit pendant un mois entier. Quand les premiers jours de cette crise se furent écoulés, la malade fut très surprise de constater que *son ventre s'était affaissé tout à fait*.

Après ce séjour d'un mois au lit, elle se leva, ne souffrit plus, reprit ses occupations, et pendant deux mois se trouva très bien; mais en juillet dernier son ventre se reprit à grossir progressivement sans souffrance, et la malade se décida enfin à s'adresser à la chirurgie.

Je n'insiste pas sur l'examen clinique de la malade, je dirai seulement que cet examen me conduisit au diagnostic de kyste de l'ovaire avec ascite abondante.

A l'opération, dès que le péritoine eut été incisé, au lieu de voir sortir le liquide fluide, jaune citrin de l'ascite, je vis s'échapper un liquide couleur bouillon gras, épais, visqueux, gluant, sirupeux, absolument analogue à celui que contiennent les kystes mucoïdes, quoiqu'un peu plus fluide; puis je sentis au-dessus du bassin rempli de ce liquide, une vaste poche, flasque, mais contenant elle aussi du liquide; je la ponctionnai, il s'en écoula une substance tout à fait identique d'aspect, de couleur, de consistance, à celle qui remplissait le péritoine.

Après avoir libéré assez aisément quelques adhérences cysto-pariétales antérieures, j'amenai la poche au dehors de l'abdomen, avant de l'avoir complètement vidée, et j'eus ainsi l'avantage de voir le kyste faisant jaillir du liquide par deux petits orifices sié-

geant en un point qui répondait à la partie postéro-latérale droite de la poche, en un point où, je m'empresse de le dire, il n'existait pas d'adhérences.

Il y avait donc rupture du kyste, et rupture spontanée, car on ne pouvait invoquer les manœuvres d'extraction, celles-ci ayant été des plus simples et aucune violence si minime que ce soit n'ayant été exercée aux points perforés. D'ailleurs le liquide contenu dans l'abdomen affirmait la rupture antérieurement à l'opération.

Les deux ruptures toutes voisines l'une de l'autre siégeaient en une zone très mince de la paroi, et présentaient une coloration jaune vieille feuille tranchant nettement sur la coloration blanc mat du reste de la paroi kystique.

La rupture spontanée était donc indéniable. A quelle époque remontait-elle? Je crois qu'il est facile de le préciser. A partir de juin 1906, cette femme voit son ventre grossir; elle ne souffre pas jusqu'en février 1907. Le 26 de ce mois, tout à coup, elle éprouve une crise de violentes douleurs abdominales et son ventre s'affaisse. La crise passée, le ventre, peu à peu, reprend du développement, mais les souffrances ne se montrent plus. Il nous faut bien reporter la rupture au 26 février; c'était à droite qu'à cette date les souffrances se manifestaient le plus vives, c'est à droite que le kyste est rompu ; tout concorde parfaitement.

Le kyste se vidait donc dans l'abdomen depuis sept mois passés, sans provoqner d'accidents, car la malade, la crise passée, ne souffrit plus, et je ne trouvai d'autres traces d'une inflammation péritonéale que les quelques adhérences pariétales que j'ai signalées.

Dans l'exemen des faits de rupture spontanée de kystes de l'ovaire, on trouve des kystes de toute nature, mais le plus grand nombre des cas se rapporte à des kystes multiloculaires, mucoïdes et végétants. Le cas actuel est un exemple qui rentre dans la règle; il s'agit, ainsi que vous le voyez, et ainsi que le faisait prévoir la nature du liquide évacué, d'un vaste kyste avec kystes secondaires développés dans l'intérieur, et une abondante floraison de végétations endokystiques.

Il s'agit donc d'un de ces kystes que nous considérons comme étant d'essence maligne, et dont le liquide doit ou peut jouir de propriétés nocives particulières. Dans le cas présent, ces propriétés nocives ne se sont manifestées par aucun phénomène anatomique appréciable. J'ai procédé à une toilette et à un examen minutieux de presque toute la cavité abdominale, je n'ai en aucun point trouvé de végétation suspecte, et j'ai refermé complètement le ventre. Il y a de cela cinq jours, la malade n'a eu aucune éléva-

tion de température, elle est allée à la garde-robe; elle mange, ne souffre pas; je crois donc pouvoir dire qu'elle va guérir.

M. QUÉNU. — Je ne pense pas que les ruptures des kystes de l'ovaire soient rares.

Élections.

PRIX LABORIE.

Votants : 26. — Majorité : 14.

MM.	SCHWARTZ	24 voix.
	FAURE	24 —
	THIÉRY	19 —
	PICQUÉ	2 —
	MORESTIN	2 —
	GUINARD	2 —
	JALAGUIER	1 —
	SOULIGOUX	1 —
	ROUTIER	1 —
	DEMOULIN	1 —
	ROCHARD	1 —

PRIX MARJOLIN DUVAL.

Votants : 28. — Majorité : 14.

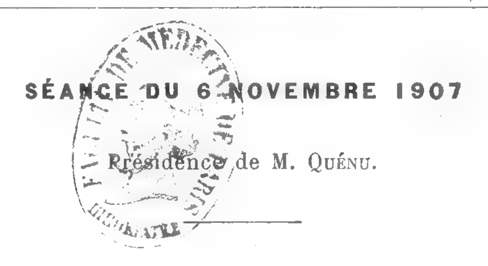
MM.	BAZY	27 voix.
	LEGUEU	25 —
	MAUCLAIRE	25 —
	DEMOULIN	1 —
	ROCHARD	1 —
	BEURNIER	1 —
	TUFFIER	1 —
	ROUTIER	1 —
	SOULIGOUX	1 —

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1907



Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une note de M. Nicoletopolo (de Constanza), sur un *cas d'anévrisme artério-veineux de l'artère sous-clavière.*
M. Guinard, rapporteur.

3°. — Une observation de M. de la Torre (de Quito), sur *un cas de hernie inguinale gauche congénitale contenant un utérus infantile.* — M. Legueu, rapporteur.

4°. — Un mémoire de M. Jeanne (de Rouen), sur *la chirurgie de l'astragale.* — M. Rieffel, rapporteur.

5° Deux mémoires pour le prix Gerdy :
L'un, de M. Guibal (de Montpellier), ne peut être admis, l'anonymat étant obligatoire.
L'autre, ayant pour devise : *Nulla est falsa doctrina in quâ non sit aliquid veritatis.*

6°. — Une lettre de M. Félizet, secrétaire général, demandant un congé de quinze jours, pour raisons de santé.

Communications.

Dilatation congénitale dite idiopathique du côlon (mégacôlon,)

par M. TUFFIER.

Le 16 février 1907 entrait dans mon service, salle Malgaigne, n° 14, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille de vingt ans qui m'était adressée par M. le Dr Ducamp pour être traitée d'une *volumineuse tumeur de l'abdomen.* Au premier examen, on voyait au-dessous de l'ombilic une grosse saillie ronde, médiane, descendant jusqu'au pubis et représentant assez bien une grossesse au sixième mois, mais cette tuméfaction avait débuté il y a sept ans et s'était progressivement accrue.

Le *passé pathologique* de la malade est tout entier d'ordre digestif; c'est une *constipation opiniâtre qui date des premiers jours de la vie* et qui ne cédait qu'à des lavements, à défaut desquels elle persistait trois, quatre et jusqu'à dix jours; d'abord administré irrégulièrement, ce mode d'évacuation était, depuis l'an dernier, pris quotidiennement et largement; cependant il fallut quelquefois le renouveler jusqu'à cinq, six et sept fois dans la même journée pour obtenir une selle. Le seul purgatif qui agissait contre cette constipation était l'huile de ricin, dont la malade faisait usage une fois par mois. Les évacuations étaient formées de matières diluées, fétides, et de gaz abondants.

Accompagnant cette constipation, des *douleurs* survenaient sous forme de crises se renouvelant plusieurs fois par jour accompagnées de borborygmes et de *contractions intestinales* visibles et tangibles. Occupant d'abord tout l'abdomen, ces accès douloureux s'étaient localisés ces temps derniers dans l'hypocondre droit.

En dehors de ces accidents, il n'y eut jamais signe d'occlusion avec vomissements; le *ventre*, toujours plus volumineux qu'il ne devait l'être, *se développa* surtout à partir de l'âge de treize ans. L'état général resta assez satisfaisant, la malade pouvait travailler, mais dans ces derniers temps elle eut de la dyspnée, des palpitations, ses forces lui firent défaut et son amaigrissement fut très marqué.

Examinant l'abdomen à son entrée, *je palpai cette saillie médiane*; du volume d'une tête de fœtus, elle était indolore, très dure, mobile transversalement, mais immobile de bas en haut, elle affleurait à un travers de doigt de l'ombilic. Ses limites, franches à gauche, étaient plus incertaines dans l'hypocondre

droit. La matité était absolue, elle se continuait jusque derrière le pubis; le *toucher vaginal* donnait des renseignements très précis : la tumeur était *indépendante de l'utérus* et placée en *avant*, elle était lisse, mobile, mais quand on déprimait fortement le cul-de-sac antérieur, elle se laissait *déprimer* un peu, absolument comme si elle contenait un mastic très dur. Ses caractères physiques étaient donc ceux d'un kyste dermoïde de l'ovaire, et ce fut le diagnostic que je portai. Le toucher rectal ne révélait rien, sinon une ampoule un peu plus dilatée que normalement. L'appareil utéro-ovarien n'était le sujet d'aucun trouble fonctionnel.

L'état général de cette femme me paraissait suffisant pour une intervention; ses urines ne contenaient pas d'albumine, mais une forte quantité d'indican.

Le 20 février, aidé de mon interne M. Villandre, je pratiquai l'opération suivante :

Laparotomie sous-ombilicale; je trouve l'abdomen *rempli par une tumeur à surface blanche*, nacrée, opaque, lisse, arrondie, et ressemblant en tous points à la paroi d'un kyste de l'ovaire. Mais en imprimant le doigt sur la tumeur, je vois qu'elle se déprimait légèrement comme je l'avais constaté par le toucher vaginal ; elle contient donc une substance ferme et dépressible, mais cette dépression *persiste* sur le contenu de la tumeur alors que la paroi *revient sur elle-même*. Elle contient donc des gaz et par conséquent ma conviction de l'existence d'un kyste dermoïde se trouve écartée. Malgré cela, je prends la paroi de la tumeur dans une pince et je l'extériorise tout entière hors de l'abdomen; je peux constater alors qu'elle se continue en haut avec le côlon ascendant et en bas avec le rectum, qu'elle était maintenue par derrière par un méso contenant d'énormes vaisseaux. Il s'agissait évidemment d'une *hypertrophie énorme du côlon pelvien*, d'un mégacôlon.

Je peux pendant cette opération faire prendre par ma surveillante des photographies instantanées de cette tumeur, et je puis vous les montrer. Ce sont, si mes recherches sont exactes, les seules images qui aient été jamais prises, sur le vivant, de cette curieuse maladie (fig. 1, 2, 3). Vous pouvez voir le volume de la tumeur, sa forme, sa continuité avec l'intestin, l'énorme volume des vaisseaux du mésocôlon, et les dimensions considérables de ce repli péritonéal. La constatation la plus intéressante, c'est que la dilatation du côlon pelvien se termine sans aucune coudure, sans aucune séparation brusque avec le reste de l'intestin aussi bien en haut qu'en bas, et sans le moindre épaississement appréciable.



Fig. 1.
La partie inférieure du côlon pelvien, sa continuité avec le rectum.



Fig. 2.
Les vaisseaux du mésocôlon à la jonction avec le rectum.

Dans l'intérieur de l'intestin, je sentais, en partie mobile, la grosse tumeur que j'avais trouvée par l'abdomen. C'était évidemment un très volumineux calcul stercoral.

Devant ces constatations j'allai au plus pressé ; je fis une *entérotomie* sur la ligne avasculaire, et j'extrais cet énorme *calcul* stercoral pesant 1 kil. 435 et que je vous ai déjà montré dans la séance du 20 février dernier (fig. 5). Je vous dirai de suite qu'en le fendant on le trouvait formé de couches concentriques



Fig. 3.
Le côlon après l'extraction du coprolithe, du volume d'une tête d'enfant nouveau-né.

contenant des grains, des matières stercorales desséchées et des fibres ligneuses, le tout s'emboitant en couches successives comme nous le voyons dans un calcul vésical. Le corps étranger enlevé, je pus constater que *la paroi intestinale était aussi épaisse* que ma main, et que sa muqueuse, d'une épaisseur de 1 centimètre, était violacée et ecchymotique. Elle contenait une quantité considérable de matières stercorales, abominablement fétides; je fermai rapidement par un double surjet mon incision intestinale, et je suturai l'abdomen, désirant avant tout éviter une infection.

La malade guérit sans la moindre complication et, après le dixième jour, on lui administra, tous les deux jours, de grands lavements avec une longue canule, puis, de l'huile de ricin, et on put ainsi vider le côlon d'une quantité énorme de matières sterco-

rales fétides. La malade sortit le 17 mars. On sentait encore dans l'abdomen la tuméfaction constituée par le côlon, dont on pouvait suivre de temps en temps le péristaltisme.

Un mois après, cette femme rentrait de nouveau à l'hôpital, très améliorée sur son état antécédent, mais ayant encore, de temps en temps, des crises douloureuses intestinales et une constipation en tout semblable à celle qu'elle avait avant l'extraction de son corps étranger ; et de fait on sentait par la palpation l'anse distendue.



Fig. 4.

Ce calcul avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. La photographie le fait paraître petit, par rapport au volume de l'intestin. Cette réduction est due à ce que son image n'a pas été prise à la même distance que celle du côlon.

Je résolus alors de m'attaquer à l'anse dilatée elle-même, et, le 25 avril, après avoir vidé de notre mieux le contenu intestinal et après avoir soumis la malade à un régime aussi peu fermentescible que sa nutrition le permettait pendant une semaine, je pratiquai l'opération suivante :

Nouvelle laparotomie sur l'ancienne cicatrice; je retrouve le côlon pelvien vide, ayant conservé les mêmes dimensions et le même aspect que précédemment. J'examinai, avec plus de soin encore que la première fois, les extrémités de la tumeur, et je ne trouvai aucune trace d'obstacle quelconque à ses extrémités.

L'anse, distendue, avait à peu près le volume d'une cuisse d'adulte. Je pratiquai d'abord une *entéro-anastomose* unissant la portion saine du côlon descendant et la portion saine du rectum, c'est-à-dire deux portions normales de l'intestin; je fis une anastomose latérale de trois travers de doigt de longueur, par deux surjets au fil de lin; puis, comme cette anastomose ne pouvait empêcher les matières de pénétrer de nouveau du côlon ascendant dans l'anse malade, je fis l'*exclusion* partielle de cette anse; pour cela, je rétrécis les premiers centimètres de l'anse malade au-dessus de l'anastomose, et j'en fis autant sur le bout efférent, c'est-à-dire du côté du rectum, de façon à empêcher aussi bien les matières

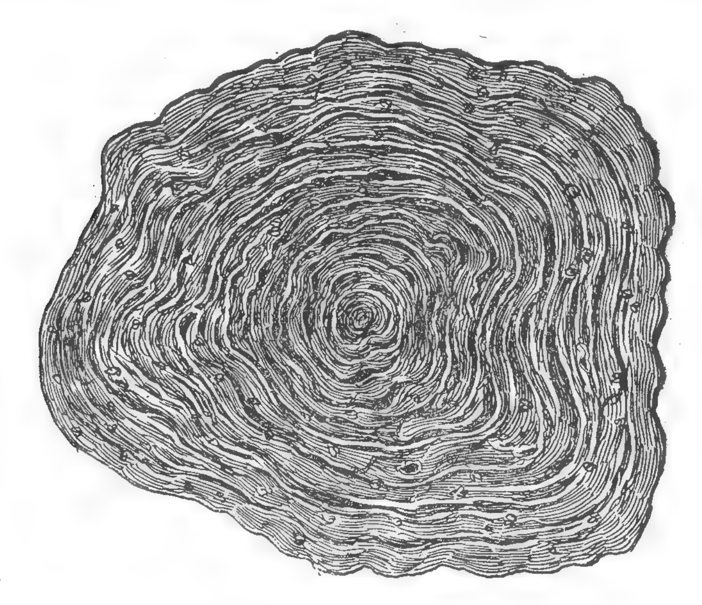


Fig. 5 (coupe du calcul).

qui venaient du côlon descendant de passer dans le côlon pelvien, que celles qui venaient de l'anastomose du rectum de pénétrer dans l'anse pelvienne. En un mot, je fis l'exclusion incomplète de l'anse malade, et je rétrécis plus le côté du bout efférent que le bout afférent.

Pour pratiquer ce rétrécissement de l'intestin, je fis une véritable *coloplication* dans une étendue de trois travers de doigt au fil de lin, une série de points analogues à ceux que nous pratiquons dans la suture à la Lambert; c'est-à-dire, qu'en prenant comme point de départ la partie antérieure du méso-côlon, chaque fil passait perpendiculairement à l'axe de l'intestin dans l'épaisseur de la séreuse et de la musculeuse dans l'étendue de 1 centi-

mètre, pour ressortir et rentrer de nouveau dans la même étendue, jusqu'à ce qu'il ait fait le tour complet de l'intestin. Cinq fils furent ainsi passés séparément et les uns au-dessus des autres, et, lorsqu'ils furent serrés, ils constituèrent un véritable cylindre, une virole qui n'admettait même pas le petit doigt. Je fis au-dessus de l'anastomose du rectum la même opération, mais en laissant un peu plus de lumière au canal. Suture en étages de l'abdomen. Guérison de la malade sans aucune complication.

Au septième jour, huile de ricin, évacuation abondante, puis selles spontanées ou provoquées par un lavement tous les deux jours. L'état général s'améliore considérablement, et la malade *quitte l'hôpital le* 27 *mai* 1907.

Je l'ai revue le 6 octobre dernier, c'est-à-dire six mois après l'opération; elle était grosse et grasse, travaillait sans aucune fatigue, ne présentait dans l'abdomen aucune tumeur, ne souffrait plus ni de crises douloureuses ni d'ondes péristaltiques, mais elle avait encore recours de temps en temps à un lavement pour obtenir une garde-robe si elle faisait défaut.

L'histoire de cette maladie est typique; il s'agit de cette affection curieuse décrite sous le nom de *mégacôlon*, de *dilatation idiopathique du gros intestin*, de *maladie de Hirschsprung*. Elle a été autrefois l'objet d'une revue très bien faite de Pierre Duval, *Rev. de Chir.*, 1903, n°s 3, 4 et 5. Ayant eu l'occasion d'en observer un second cas dont je vous parlerai dans un instant, j'ai voulu rechercher les cas analogues, et je vais essayer de vous résumer les notions que m'ont fournies la lecture et l'analyse de 88 observations, dont vous trouverez ici l'indication bibliographique.

L'*anatomie pathologique* de cette affection est aujourd'hui bien établie en ce qui constitue le *siège*, la *forme* et la *structure* de l'anse dilatée : c'est toujours un énorme côlon remplissant tout le ventre, dont les parois sont très épaissies, dures, blanches, dont la muqueuse, très hypertrophiée, est ecchymotique; rien de nouveau de ce côté. J'en dirai autant du siège de la maladie : 24 fois le côlon pelvien était seul pris, 20 fois le côlon tout entier, puis, avec une fréquence infiniment moins grande.

Ectasie du côlon pelvien et du côlon transverse	7 fois.
Ectasie du côlon pelvien et descendant.	4 —
Ectasie du côlon pelvien, transverse et descendant	1 —
Ectasie du côlon pelvien et ascendant.	1 —
Ectasie du côlon transverse et descendant	4 —
Ectasie du côlon transverse et ascendant	3 —
Ectasie du côlon descendant	1 —
Ectasie du cæcum et appendice	1 —

Ectasie du cæcum et côlon	3 fois.
Ectasie du gros intestin et de l'intestin grêle sauf le duodénum. . .	1 —
Ectasie du côlon et de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et de l'appendice	1 —
Ectasie du cæcum, côlon ascendant et côlon transverse	1 —
Ectasie du côlon pelvien et de l'angle hépatique du côlon ascendant.	1 —
Ectasie de la portion du rectum avec l'anse sigmoïde.	1 —
Ectasie diverticulaire.	2 —

En somme, la dilatation peut occuper un *segment* de l'intestin, ou être *totale*, division que Pierre Duval avait déjà bien exprimée.

Les *tumeurs stercorales* volumineuses, analogues à celle que je vous ai présentée dans mon observation, sont relativement rares; je n'en ai trouvé que six cas. *Bristowe* a trouvé dans le rectum un calcul conique. Chez le deuxième malade de *Woolmer*, la tumeur était tellement volumineuse, qu'elle empêchait l'introduction de la main dans le pelvis. *Brook* pratiqua après la colotomie la lithrothitie d'une volumineuse pierre formée par une agglomération de fibres végétales. *Gourevich* pratiqua la colotomie pour enlever une grosse tumeur fécale. *Kien* morcela sous chloroforme une masse fécale du rectum du volume d'une tête d'enfant; enfin *Pozzi* pratiqua la colotomie pour extraire de l'S iliaque une masse fécale pesant 700 grammes. . . . .

Le point capital des constatations anatomiques porte sur la *présence* ou l'*absence d'un obstacle situé en aval de la dilatation* et expliquant cette dilatation. A cet égard, je n'ai pas trouvé un fait indiscutable dans lequel un rétrécissement ait été constaté. La fameuse observation de Perthes, qui fit six opérations sur la même malade, fait admettre à son auteur l'existence d'un pli muqueux ; il constata ce pli muqueux à la réunion du côlon et du rectum, mais comme cette malade avait déjà subi une colopexie, une colostomie, une colotomie sur un premier pli que l'on croyait l'origine des accidents, puis une colectomie partielle pour cette même plicature avec entéro-anostomose entre le grêle et la partie inférieure de l'anse sigmoïde et, enfin, une rectotomie, je considère cette observation comme n'étant nullement démonstrative, et l'obstacle facteur pathogénique de cette affection est encore à démontrer. D'ailleurs, la *clinique* cadrerait mal avec cette hypothèse, et les dilatations segmentaires ne peuvent trouver là leur explication. . . . . .

Sur mes 88 cas, 66 malades avaient moins de vingt ans, 21 n'avaient pas une année et l'un était un fœtus de *sept mois*.

En revanche, plusieurs de ces malades avaient dépassé 40 ans; un avait cinquante ans et un autre *soixante-huit*. On ne voit pas

bien comment on pourrait expliquer par la seule sténose congénitale l'existence d'une maladie à ces différents âges, alors que les rétrécissements congénitaux du gros intestin dont les accidents sont bien connus ne provoquent pas la même dilatation.

Aussi, jusqu'à plus ample informé, je me range du côté de ceux qui voient là une lésion congénitale hypertrophique, et je la classerais à côté de ces hypertrophies des membres, de ces macrodactylies dont nous n'avons pas encore le mode de genèse.

Je puis passer assez rapidement sur *l'évolution de la maladie.*

Ce sont toujours des troubles intestinaux qui amènent les malades au médecin, et, par ordre de fréquence, ces symptômes sont: le ballonnement du ventre (78 cas), la constipation (77), le tympanisme (31), diarrhée (27), troubles respiratoires (14), tumeurs abdominale ou rectale (10). Dans deux cas de Hawkins, la maladie fut découverte par hasard, les enfants étant entrés à l'hôpital, l'un pour une fracture de la clavicule, l'autre pour une fracture de côté.

SYMPTOMES	ENFANTS et adolescents.	ADULTES	FRÉQUENCE
—	—	—	—
Constipation	58	19	77
Distension abdominale	60	18	78
Mouvements péristaltiques	29	1	30
Vomissements	27	5	32
Douleurs abdominales	17	6	23
Tumeur abdominale ou pelvienne	10	7	14
Troubles fonctionnels du cœur	10	2	12
Troubles respiratoires	11	3	14
Diarrhée et gaz fétides	22	5	27
Tumeur rectale fécale	8	2	10
Fièvre	5	1	6
Oligurie, albuminurie	4	1	5
Troubles psychiques	0	3	3
Œdème	3	1	4
Diastase des muscles droits	3	0	3
Hoquet	1	0	1
Douleur à l'épaule	1	0	1
Douleurs lombaires	0	1	1
Nausées	0	1	1
Amaigrissement	12	2	14
Tympanisme	24	7	31
Indicanurie	2	0	2

Un grand nombre d'enfants succombent au moment où ils sont sevrés et ils meurent, soit d'occlusion intestinale chronique avec cachexie stercorémique, soit d'occlusion intestinale aiguë avec issue fatale dans les quarante-huit heures, soit enfin — ce qui

n'est pas rare — c'est une maladie intercurrente, comme la grippe et la rougeole, qui les emporte.

Causes de la mort sur 56 cas :

26 obstructions intestinales.
11 colites.
8 par intervention.
3 morts subites.
3 inconnues.
2 pneumonies.
1 asystolie.
1 cachexie.

Ceux qui atteignent l'âge adulte peuvent vivre indéfiniment avec cette maladie, puisque je vous citais des malades ayant dépassé la cinquantaine. Pour ma part, j'ai vu se terminer une dilatation congénitale du côlon par un volvulus chez un homme de cinquante-huit ans. C'était en 1905; j'étais appelé par mon ancien externe, M. Salmon, chez un homme atteint de constipation remontant à son enfance et d'accidents intermittents d'occlusion aiguë. Depuis environ cinq mois, ces accidents d'occlusion caractérisés par de la douleur, un ballonnement énorme de l'abdomen survenant dans les vingt-quatre heures, s'étaient terminés par l'émission énorme de gaz et de quelques matières. Lorsque je vis ce malade, il était en pleine crise aiguë; je l'avais fait transporter à la Maison de santé de la rue Blomet, mais quand je vins pour l'opérer, il avait rendu une énorme quantité de gaz et quelques matières; il se trouvait très soulagé, il préféra différer l'opération et je partageai son opinion. Deux jours après, il était pris de nouveau par les mêmes accidents ; lorsque je le vis le lendemain, l'abdomen était énorme, le pouls était petit, les membres froids; j'allai à l'indication la plus pressée : je fis un anus contre nature, l'intestin était noirâtre; le malade expira dans la soirée. Je pus faire l'autopsie avec le Dr Salmon; nous avons trouvé le côlon pelvien très épaissi, remplissant tout le ventre, tordu sur son axe; il y avait un vrai volvulus de l'anse sigmoïde. C'est un fait qui n'est pas rare dans l'histoire du mégacôlon (Hawkins en rapporte deux cas) et contre lequel il faut se défendre en fixant à la fin d'une opération l'anse malade à la paroi postérieure de l'abdomen.

Tout ce qu'il nous faut retenir de cette évolution clinique, c'est que les malades peuvent vivre pendant très longtemps avec cette constipation habituelle, congénitale, sans que leur état général soit trop précaire. Il semble que la stercorémie inévitable avec

une telle rétention stercorale, soit bien tolérée. L'indicanurie en est cependant un témoignage fréquent.

Le *diagnostic* de cette affection s'impose le plus souvent, surtout chez l'enfant. Constipation congénitale, météorisme, crises douloureuses, péristaltisme intestinal, forment un complexus symptomatique qui laisse peu de place au doute ; cependant la constipation et le développement considérable et proéminent de l'abdomen ont fait penser Gourevich à un gros *ventre rachitique*, Hughes à une colite simple et Bristowe à une *péritonite tuberculeuse*. Les accidents aigus d'occlusion avec péritonite firent croire à Richardson qu'il s'agissait d'une *appendicite*. Enfin, chez l'adulte, la présence d'une tumeur volumineuse dure et mobile, comme dans mon observation, ont fait diagnostiquer par Brook et par Pozzi « *tumeur solide de l'ovaire* », et, trompé par cette dépressibilité de la lésion, je pensai à un kyste dermoïde. En somme, les erreurs sont rares, et ce sont surtout les cas où il existe un énorme stercorome qui ont mis en défaut les cliniciens.

Quant à la *précision du siège, du volume et de l'étendue* de l'ectasie intestinale, elle ne peut guère être effectuée au moyen de lavements de bismuth et de la radiographie. Ce moyen si précieux en chirurgie gastro-intestinale est ici d'une application dangereuse, étant donnée la quantité énorme du liquide nécessaire pour remplir ce gros intestin et de sa réplétion par les matières. La *rectoscopie haute*, et enfin les *radiographies multiples* d'un mandrin métallique introduit dans une longue sonde en caoutchouc rouge, sont autant de procédés capables de nous fixer sur le siège et peut-être l'étendue des lésions (Schreiber chez l'adulte et Neugebauer chez l'enfant).

Dans les cas d'un diagnostic délicat on peut faire usage de la *diaphanoscopie*. C'est grâce à cette méthode que Schreiber a pu se convaincre que la tumeur se composait de deux parties et non d'une seule, comme semblait l'indiquer l'image obtenue avec les rayons de Rœntgen. En introduisant dans l'intestin à l'aide d'un rectoscope une sonde de Nélaton munie d'une lampe électrique, on peut se rendre compte *de visu* de l'étendue de la dilatation, de son siège, etc. ; tous ces renseignements, combinés à ceux obtenus à l'aide des autres méthodes, permettent de préciser le diagnostic.

Traitement. — La *thérapeutique médicale* a pour but l'évacuation régulière de l'intestin, ou au moins l'évacuation compatible avec un état de santé acceptable. Les quatre cas que relève Duval restent les seuls dans lesquels cette médication ait donné des résultats vraiment satisfaisants. Lavements avec la canule longue, purgatifs dont l'huile de ricin constitue la meilleure formule,

doivent être employés avec d'autant plus d'insistance que le traitement chirurgical est loin d'être toujours efficace. Ce traitement médical n'est donc pas à négliger. Il doit précéder toute tentative d'intervention. Il permettra d'évacuer le contenu de l'intestin, et, quand il est bien réglé, il donne au malade une longue survie. (Cheadle, Schreiber et Hirschsprung.)

Nous avons relevé trente-deux cas d'intervention avec neuf morts, mais cette mortalité élevée s'explique facilement par la gravité de certains cas. Et il faut de suite séparer les malades opérés pour un état d'*occlusion aiguë*, et cachectisés par une lointaine distension de l'abdomen. L'acte chirurgical est une dernière ressource et son insuffisance n'a rien là de bien étonnant, même dans les cas de simple laparotomie exploratrice, les malades peuvent mourir le lendemain. La ponction intestinale et la colostomie sont alors les deux procédés de chirurgie d'urgence, qui n'auront d'autre prétention que de permettre la survie du malade et une intervention curative ultérieure. Malgré le succès prolongé de Pitz, nous ne pouvons considérer la *ponction* comme une méthode curative, puisque Panet, Hirschsprung et Richemond ont eu des insuccès et Martin un cas de mort, ce ne peut être qu'un expédient. La *colostomie*, l'anus contre nature temporaire, a son indication, dans les mêmes cas, et Osler lui doit un beau succès, avant le traitement curatif, comme opération d'urgence; mais est-elle curative? Amenant une évacuation régulière du contenu intestinal, peut-elle amener l'atrophie du segment ectasié? Trèves a laissé ainsi un anus ouvert pendant neuf mois et il dut faire ultérieurement la colectomie; dans tous les autres cas le succès a été vainement attendu. L'ouverture de l'anse dilatée est donc un procédé palliatif qui permet au chirurgien d'opérer ultérieurement dans des conditions locales plus favorables et chez un sujet dont les causes d'intoxication stercorale dont témoigne l'indicanurie seront écartées ou réduites à un minimum. La mortalité est considérable, mais elle est due surtout à ce qu'on s'est *adressé à ces cas aigus*, avec intoxication stercorémique dont j'ai parlé (huit cas, quatre morts, dont un enfant. Hawkins, Griffith, Gourcosth, Schuchmann).

L'indication formelle de la *colotomie* réside surtout dans la présence de coprolithes analogues à celui que nous avons enlevé. Dans un cas analogue, le corps étranger était tellement résistant que Brook fit une véritable lithotritie, et guérit son malade; l'opération est donc bénigne. Je laisse de côté la colotomie de Perthes, qui voulut à travers cette ouverture couper le pli muqueux regardé comme l'origine des accidents.

Il résulte de ces premiers faits la nécessité de distinguer au point de vue thérapeutique, les opérations faites pour occlusion *aiguë* et celles qui s'adressent à l'occlusion *chronique*. Les premières, colostomie ou ponction, donnent une mortalité que nous ne pouvons guère diminuer, puisque nous n'en sommes pas responsables.

Appliquée aux cas *chroniques*, la colostomie n'est pas grave, mais elle est insuffisante à guérir la maladie, en supprimant la dilatation de l'anse malade. Contre cette ectasie elle-même, on a fait suivant la conception que chaque opérateur se faisait de la cause du processus morbide : la colopexie pour redresser la courbure et pour permettre l'évacuation de son contenu, la colectomie pour éradiquer le mal, l'anastomose de l'intestin au-dessus et au-dessous de l'anse dilatée pour l'exclure.

La *colopexie* simple a été pratiquée quatre fois, soit comme premier temps d'une opération d'anus contre nature, soit comme méthode curative destinée à redresser l'anse malade.

Comme opération *préliminaire* d'un anus contre nature, si l'état du malade le permet, je n'ai aucune objection à lui opposer, car cette question rentre dans l'histoire de la technique de l'opération d'entérotomie en deux temps. Envisagée seule, comme méthode *curative* de l'ectasie, elle comprend deux procédés : la *colopexie basse*, qui fixe l'intestin dans la fosse iliaque ; la *colopexie haute*, qui le suture à la paroi lombaire. Woolmer et Friedheim lui doivent deux succès, suivis pendant un an, mais dans le second on joignit la colostomie à la fixation ; Richardson, après la colopexie, dut faire une colectomie secondaire. Il semble que cette fixation ne soit applicable qu'à des ectasies segmentaires très limitées. Mais si la colopexie, comme méthode curative, a des indications limitées, elle reste un *complément* opératoire nécessaire après les autres opérations, parce qu'elle met les opérés à l'abri des accidents de volvulus signalés après les anastomoses.

Le *rétrécissement direct de l'anse* du côlon pelvien *dilatée* a été exécuté par Brook comme complément d'une entérotomie pour entérolithe. Le malade dut recourir au massage et au purgatif pour combattre sa constipation persistante. Il en fut de même dans le cas de rectoplication après rectotomie de Pozzi.

La *colectomie* paraît le procédé radical ; elle a été pratiquée cinq fois avec un seul cas de mort (péritonite septique, Harrington). Les circonstances dans lesquelles a été effectuée cette ablation et les procédés ont été différents ; je crois bon de les faire connaître. Fitz fit la *colectomie primitive* en une seule séance, et le résultat fut parfait. Schnitzler agit de même et laissa un anus contre nature qu'il ferma plus tard. Roth, appliquant les procédés *en deux temps*, qui ont nos préférences dans l'extirpation des tu

meurs du côlon descendant, extériorise d'abord le côlon pelvien ectasié, puis, deux jours après, il le résèque et laisse un anus contre nature qu'il ferme six semaines plus tard ; le résultat définitif est excellent.

Richardson fit deux ablations successives chez le même malade : l'une primitive, qui fut insuffisante, l'autre secondaire à une colopexie ; malgré cela, l'intestin resta dilaté et paresseux ; enfin, Treves, après échec de sa colectomie réséqua toute la portion gauche du côlon, enleva le rectum par le périnée et sutura l'angle gauche du côlon à l'anus. Son malade, qui avait déjà subi sans résultat une colotomie et une colopexie, guérit complètement. Les résultats définitifs fournis par cette ablation sont, en général, satisfaisants, l'intestin s'évacue spontanément. Mais on ne peut contester la gravité de cette opération, gravité théorique si j'en crois les cas publiés. L'observation de Richardson prouve qu'elle peut ne pas être complète au point de vue thérapeutique, puisqu'il dut recourir à une seconde opération qui laissa l'intestin paresseux.

L'*entéro-anastomose simple*, entre la portion saine située en amont de la dilatation et la portion saine située au-dessous, a été faite chez six malades, dont deux enfants, avec des succès opératoires constants. Mais le premier opéré de Hawkins dont la constipation avait été atténuée, présentait encore une anse distendue par des gaz, et le ventre était encore volumineux quatre ans après l'opération. Perthes eut également un succès relatif, puisqu'il nécessita une seconde opération et le second malade de Hawkins eut deux accidents de volvulus. Neugebauer eut un succès complet suivi pendant un an.

Je crois cependant que c'est là une bonne opération pour les cas de dilatation étendue, à la condition d'*exclure* presque totalement l'anse malade. Je dois un succès à cette méthode d'entéro-anastomose avec exclusion incomplète par double coloplication et fixation de l'anse malade. Germer vient d'en publier également un exemple concluant; son résultat thérapeutique semble même supérieur au mien, puisque son jeune opéré n'a besoin d'aucun adjuvant à l'évacuation spontanée de l'intestin. Il attribue ce succès à ce qu'il anastomose la partie du côlon sain avec le point le plus déclive de la région ectasiée ; je ne vois pas d'avantages à procéder ainsi et je préfère m'adresser à deux portions saines de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, il me paraît que l'ablation de l'anse malade ou son exclusion constituent à l'heure actuelle les deux meilleures méthodes de traitement opératoire. Mais il faut bien savoir que l'une

et l'autre peuvent laisser une paresse relative de l'intestin et qu'un traitement médical peut encore être nécessaire pour assurer sa vacuité et mettre les malades à l'abri des accidents de stercorémie. D'ailleurs le nombre de faits publiés est beaucoup trop restreint pour permettre à l'heure actuelle d'établir une formule thérapeutique constante.

Bibliographie.

Ahlberg (N.-A.). — Fall af dilatatio et hypertrophia coli, S. K. Hirschprungs sjukdom. *Allm. sven, Läkartid.* (Stockholm), 1906, III, 209.

Aglave (P.). — Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, elle-même provoquée par une ectopie rénale droite. *Bull. et mém. Soc. anatom.* (Paris), 1904, LXXIX, 443.

Baginsky (A.). — Demonstration der Präparate eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Berlin klin. Woch.*, 1904, XLI, 1252.

Bing (A.). — Zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit und ihrer Aetiologie. *Arch. f. Kinderh.* (Stuttgart), 1906, LXXIV, 59.

Bittorf (A.). — Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung (Hirschsprungsche Krankheit). *Munchener med. Woch.*, 1906, LIII, 265.

Brook (W.-P.). — Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoïd flexure. *Brit. med. J.* (London), 1905, I, 1035.

Cadet. — Dilatation idiopathique du gros intestin. *Lyon méd.*, 1905, CIV, 578.

Cheinisse (L.). — La dilatation idiopathique ou congénitale du côlon. *Semaine méd.* (Paris), 1904, 369.

Chiari. — Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Verhandl. d. deut. pathol. Gesell.*, 1904 (Jena, 1905), VIII, 152.

Ciechanowski (S.). — Pneumatosis cystoides intestinorum. *Przegl. lek* (Krakow), 1904, XLIII, 1, 22.

Delcourt (A.). — Dilatation congénitale du côlon. *J. méd. de Bruxelles*, 1905, X, 695.

Delcourt (A.). — Dilatation congénitale du côlon.— *Policlinique* (Bruxelles), 1905, XIV, 22; et *Presse méd. belge*, 1905, LVII, 15.

Duval. — Dilatation dite idiopathique du gros intestin (Avec Bibliographie des travaux publiés jusqu'à cette date). *Revue de Chirurgie*, 1903, nos 3, 4 et 5.

Escherich (T.). — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. *Wien. klin. therap. Woch.*, 1906, XIII, 55.

Fleming (C.), — Report of a case of congenital dilatation of the colon; operation, recovery. *Colorado med. J.* (Denwer), 1903-04, I, 160.

Fletcher (H. Morley) and Robinson. — A case of idiopathic dilatation of the rectum and the colon as far as the hepatic flexure. *British med. Journ.*, du 16 février 1907, p. 370.

Friedheim. — Fall von Hirschsprunger Krankheit. *Deutsche med. Woch.* (Lepizig), 1904, XXX, 1365.

Germer. — Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit durch Entero-anastomose geheilt. *Deuts. Zeitsch. f. Chirurg.*, t. LXXXIX, p. 38.

Gourevitch (G.). — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. *Prager med. Woch.*, 1904, XXIX, 607, 623.

GRAANBOOM (J.). — Iets over de ziekte van Hirschsprung (megalocolon congenitum) naar aanleiding van een waargenomen geval. *Nederl. Tidjsch. v. Geneesk.* (Amsterdam), 1905, 2, I, XLI, d. I., 442.

GRAANBOOM (J.). — Ziekte van Hirschsprung. *Nederl. Tidjschr. v. Geneesk.* (Amsterdam), 1905, 2 r., XLI, d. I; 1009.

HAUSHALTER. — Dilatation du côlon transverse chez un enfant de onze mois. *Rev. méd. de l'Est* (Nancy), 1904, XXXVI, 275.

HAWKINS. — Remarks on idiopathic dilatation of the colon. *The British med. Journ.*, 2 mars 1907.

HILBERT. — Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einer Erwachesenen. *Deut. med. Wochens.* (Leipzig), 1905, XXXI, 2035.

IBRAHIM (J.). — Ein Beitrag zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Deut. med. Wochens* (Leipzig), 1905, XXXI, 1905.

KHIEN (G.). — Zur Kasuistik der Colonektasieen bei Kindern. *Strassburger med. Zeit.*, 1904, I, 128.

LEVI (J.-V.). — Congenital Dilatation of the colon. *Ann. Gynecol. and. Ped.* (Boston), 1904, XVII, 10.

MEYNIER (E.). — Contributo clinico allo studio del megacolon congenito. *Policlin.* (Roma), 1984, XI, sez. prat., 1407.

MOUGES. — Un cas de maladie de Hirschsprung. Anomalie du lobe gauche du foie. *Marseille médical*, 1907, p. 175.

MUELBERGER (A.). — Ueber die dilatatio et hypertrophia coli (Hirschsprung). *Zeitschr. f. klin. Med.* (Berlin), 1905, LVII, p. 374.

MURRAY (R.-W.). — Idiopathic dilatation of the colon. *Liverpool med. chir. J.*, 1903, XXIII, 339.

NETER. — Zur pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Münch. medic. Wochens.*, 1907, p. 1817.

NEUGEBAUER. — Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. f. kl. Chirurgie*, 1900, B. LXXXII, p. 503.

PERTHES. — Opportunité de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Hirschsprung. *J. de chir. et Ann. de la Soc. belge de Chir.* (Bruxelles), 1905, V, 225.

PERTHES (G.). — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Megacolon congenitum). *Arch. f. klin. Chir.* (Berlin), 1905, LXXVII, 1-42.

PERTHES (G.). — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Megacolon congenitum). *Verhandlungen d. deut. Ges. für Chir.* (Berlin), 1905, II Theil, p. 1-42.

PLUYETTE. — Maladie de Hirschsprung (Mégacôlon). *Marseille méd.*, 1905, XLII, 241.

POZZI. — Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin. *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1905, p. 782.

ROTH. — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. für klinische Chirurgie*, 1906, II, p. 125.

SAINT-MARTIN (J.). — Maladie de Hirschsprung. *Rev. méd. de la Franche-Comté* (Besançon), 1905, XIII, 81.

SCHUTZ (R.-E.). — Ueber hyperplasierende Colitis und Sigmoïditis. *Beitr. z. path. Anat. und. z. all. Path.* (Jena), 1905, VII; *supp.*, 485.

SCHNITZLER. — Maladie de Hirschsprung traitée opératoirement et guérie. *Soc. des médecins de Vienne*, 14 juin 1907.

SCHUCKMANN. — Deux cas de maladie de Hirschsprung. *Deut. medic. Wochens.*, 1907, n° 6.

SCHREIBER. — Sur la dilatation idiopathique du côlon. Maladie de Hirschsprung. *Arch. f. Verdauungskrank.*, B. XIII, f. 2, 1907.

SILBERBERG (O.). — Ueber angeborene Colonerweiterung. *Centralbl. f. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* (Jena), 1903, VI, 881.

STIRNIMANN (P.). — Hirschsprungsche Krankheit oder Megacolon congenitum. *Corresp.-Bl. f. Schweizer Ærzte* (Basel), 1905, XXXV, 569.

TCHERNOV. — La dilatation du gros intestin chez les enfants. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1906, LXIV, 6.

TORKEL (K.). — Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose. *Deut. med. Wochens* (Leipzig), 1905, XXXI, 344.

TOUSSAINT (M.). — Neumatosis submucosa intestinal. *Bol. d. Inst. patol.* (Mexico), 1903-1904, 2 ép., I, 453.

VALAGUSSA (P.). — Contributo allo studio della patogenesi del megacolon congenito. *Rev. di. clin. pæd.* (Firenze), 1903, I, 824.

ZESAS (D.-G.). — Die Hirschsprungsche Krankheit. *Fortsch. d. Med.*, XXIV, 2, 1906.

ZUBIZARRETA (A.). — Megacolon congenito. *Semana med.* (Buenos-Aires), 1905; XII, 426.

A propos du diastasis tibio-péronier.

M. SCHWARTZ. — Permettez-moi d'ajouter quelques mots à mon rapport de la dernière séance.

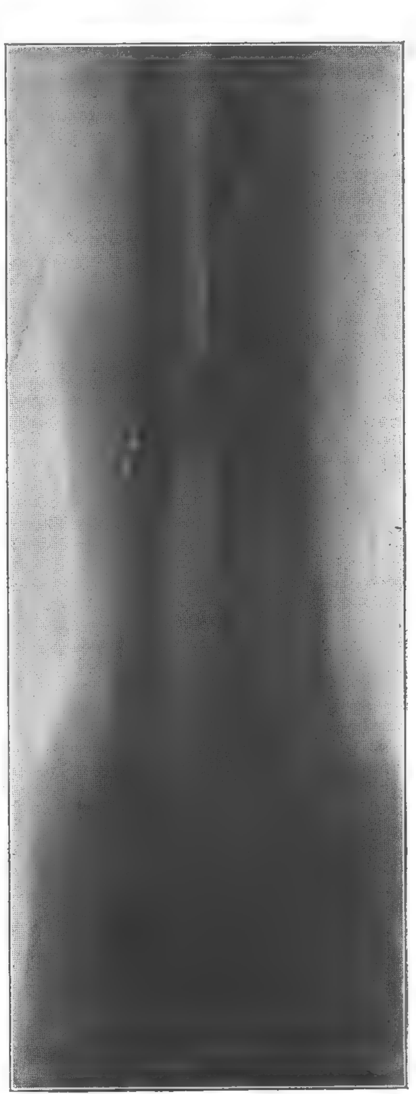
C'est à propos du traitement. Je tiens à dire que notre collègue Quénu avait dans son mémoire (*Revue de Chirurgie*, juin et juillet 1907) proposé de passer un fil d'argent dans le tibia et le péroné et de les boulonner de chaque côté, dans les cas de diastasis irréductible avec ou sans enclavement de l'astragale. Cette réflexion n'enlève rien à l'originalité de la manière de faire de Riche, puisque son opération date du mois de mars 1906, et le clou lui appartient tout entier.

A propos de l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille.

M. SIEUR. — De l'intéressant rapport que nous a lu M. Picqué, je ne veux retenir que quelques points qui méritent d'attirer l'attention.

Tout d'abord, M. Picqué se montre grand partisan de l'intervention immédiate. Cette conduite, qui a été jadis défendue à la Société de Chirurgie par MM. Berger et Kirmisson, aurait, je crois,





recueilli une adhésion unanime si on ne lui avait pas assigné comme unique but la recherche et l'extraction du projectile.

La balle n'est pas toujours facile à atteindre. Même lorsqu'elle est abordable, il peut être dangereux de l'extraire, parce qu'on risque d'ouvrir la carotide interne. Les faits cliniques et les expériences d'amphithéâtre montrent, en effet, que la plupart du temps les balles de revolver tirées dans l'oreille ne perforent pas la paroi postérieure du conduit, mais glissent sur elle, gagnent la moitié antérieure de la caisse et s'arrêtent au contact du canal carotidien.

Poirier a rapporté, en 1890, dans les *Archives générales de médecine*, deux cas remarquables dans lesquels la balle avait pénétré dans le canal carotidien sans compromettre la vie du blessé.

Mais ce qui surtout rend délicate et aléatoire la recherche du projectile, c'est la difficulté qu'on éprouve à se renseigner exactement sur sa situation. Les épreuves radiographiques manquent trop souvent de netteté à cause de la difficulté d'éclairer suffisamment les parties constituantes de la base du crâne. Quant à l'appareil Trouvé, sans nier les avantages qu'on peut retirer de son emploi, je lui fais le reproche d'être très capricieux dans sa marche comme le sont tous les appareils électriques d'un aussi petit volume. D'autre part, j'ai vu un certain nombre de fois la sonnerie de l'avertisseur se mettre à résonner alors que les pointes du stylet n'avaient rencontré qu'une mince couche de métal détachée du projectile par la résistance osseuse.

Si, pour ces quelques raisons, je considère que l'extraction de la balle est aléatoire et devient par suite un motif insuffisant pour forcer, dans tous les cas, la main au chirurgien, j'estime, par contre, que l'intervention immédiate est indispensable si l'on veut éviter les complications infectieuses qui peuvent résulter de la rétention du pus dans le trajet infecté. Et les faits cliniques montrent que ce but peut être atteint alors même que le projectile n'a pu être enlevé et est resté enclavé dans le crâne.

Livrés à eux-mêmes, les blessés de l'oreille, qui ne succombent pas rapidement à l'hémorragie, sont voués, ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Berger, à une série d'accidents dont le moindre est une suppuration interminable. Et pour dangereuse et délicate que soit l'intervention, elle seule est capable de guérir la paralysie faciale en mettant fin à la compression et à l'irritation du nerf et d'éviter les dangers d'une méningite ou d'une encéphalo-méningite de voisinage. D'ailleurs, depuis quelques années, la chirurgie auriculaire a progressé, et telle opération qui paraissait jadis pleine de difficultés et de dangers est aujourd'hui bien réglée et devenue de pratique courante.

A cet égard, je crois donc avec M. Picqué que l'opération rétro-auriculaire, exécutée au besoin telle que la pratiquent les spécialistes de l'oreille au cours des larges évidements de l'apophyse mastoïde et de la caisse avec exploration des fosses cérébrales moyenne et cérébelleuse, est la seule qui se prête à tous les cas de traumatisme de l'oreille par coup de feu. La plupart du temps, la balle se réfléchit sur la paroi mastoïdienne du conduit auditif, en l'enfonçant parfois, et pénètre dans la caisse; de là, elle est conduite par l'obliquité et la résistance du promontoire, vers la paroi antérieure, où elle s'arrête, à moins qu'elle ne pénètre dans le canal carotidien; assez souvent enfin elle effondre la paroi antéro-inférieure du conduit et glisse à la face inférieure du crâne, en dedans de l'articulation temporo-maxillaire et de la branche montante du maxillaire inférieur.

Or, à moins que le projectile ne soit coincé dans le conduit auditif lui-même, je crois que ce canal est de dimensions insuffisantes pour permettre une extraction tant soit peu difficile, surtout s'il existe, comme c'est le cas habituel, des fragments de plomb et des esquilles qu'il convient d'enlever. Restent la voie *pré-auriculaire* de M. Gangolphe et la voie *sus-auriculaire* de M. Berger.

La voie *pré-auriculaire*, étroite et dangereuse pour l'articulation temporo-maxillaire, ne saurait convenir qu'à un petit nombre de faits, et encore M. Robert Picqué a-t-il soin de nous faire remarquer que chez son malade, où elle semblait cependant indiquée, elle a rendu l'extraction du projectile suffisamment laborieuse pour l'avoir incité à recourir à la voie postérieure.

Quant à la *voie sus-auriculaire*, elle peut si facilement être transformée en voie rétro-auriculaire par le prolongement de l'incision jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde, que je ne crois pas utile de m'y attarder.

La *voie rétro-auriculaire* me paraît l'opération de choix parce que seule elle se prête aisément aux deux indications essentielles de l'intervention, à savoir : la recherche et l'extraction du projectile, et en second lieu le drainage et la surveillance du foyer traumatique et opératoire.

Ce qui gêne surtout dans la recherche du projectile et dans son dégagement, c'est le massif mastoïdien; c'est en avant de lui que glisse la balle, mais la voie antérieure nous est interdite par la présence de la branche montante du maxillaire supérieur, par l'articulation temporo-maxillaire qu'il importe de ménager et par les organes profonds qui se trouvent en dedans d'elle.

En évidant l'apophyse mastoïde, nous nous créons une voie d'accès aussi large que nous pouvons le désirer sur le projectile,

en même temps que nous pouvons relever, chemin faisant, l'étendue des dégâts qu'il a pu commettre sur son passage : lésion du facial, fissures propagées vers le cerveau, vers le cervelet ou les vaisseaux carotidiens. Et si la situation du projectile est telle qu'il y ait lieu de craindre une hémorragie grave au cours de son extraction, on peut être à même de juger s'il n'est pas utile de lier préalablement la carotide interne.

Le second avantage de la voie rétro-auriculaire avec ou sans évidement pétro-mastoïdien est de permettre le drainage et le pansement par le conduit auditif. L'opération terminée, on peut, avant de faire les sutures, se comporter comme dans l'opération de Stacke : ou bien réséquer complètement le conduit cartilagineux, ou mieux, le fendre suivant son axe au milieu de ses parois supérieure et inférieure en poussant jusque dans la conque l'extrémité interne des deux incisions, de façon à détacher un lambeau postérieur qui aidera à l'épidermisation de la grande brèche osseuse. D'autre part, l'orifice externe du conduit se trouvant agrandi, permettra de réunir l'incision postérieure sur toute sa longueur et de faire les pansements par l'oreille externe. On gagne ainsi un temps précieux pour la guérison et on évite des fistules intarissables qui peuvent à leur tour servir de porte d'entrée à des infections secondaires.

En résumé, l'intervention immédiate dans les cas de coups de feu de l'oreille me paraît indiquée moins pour enlever le projectile que pour éviter les accidents infectieux qui en sont la conséquence inévitable.

La voie auriculaire postérieure me paraît de beaucoup la plus avantageuse, quel que soit le but poursuivi par le chirurgien. Elle est large, jalonnée par des points de repère précieux et permet un évidement complet du foyer traumatique. On ne saurait lui objecter qu'elle expose à l'infection des cellules mastoïdiennes et de l'antre puisque ces cavités en relation avec la caisse sont forcément vouées à subir à ce point de vue le sort de cette dernière. Enfin, en permettant de surveiller et de traiter la plaie opératoire par le conduit auditif, elle simplifie les pansements ultérieurs et réduit à leur minimum les dangers d'une infection secondaire.

M. Pierre Sebileau. — La plupart des observations publiées de « coup de feu de l'oreille » et la plupart des mémoires écrits sur ce sujet manquent de la précision qu'on a coutume de trouver dans les travaux des chirurgiens.

Le spécialiste n'opère pas des blessés qu'il a qualité pour bien examiner; le chirurgien examine imparfaitement des blessés qu'il a qualité pour bien opérer : de là, sur le chapitre des indications

thérapeutiques et souvent sur le chapitre de l'acte opératoire, une confusion que traduit bien cette phrase par laquelle mon élève et ami W. Binaud (1) terminait un bon mémoire sur les coups de feu de l'oreille : « *On comprendra aisément, d'après tout ce qui précède, que le mode de traitement de ces blessures soit difficile, sinon impossible à préciser.* »

C'est pourtant ce que je voudrais faire, aidé en cela par quelque pratique des maladies mastoïdiennes et par le souvenir de cinq blessés sur lesquels j'ai observés, opérés et guéris ces dernières années.

Deux choses, d'abord, seront entendues : la première, c'est que rien de ce qui va suivre n'aura trait aux « coups de feu » de guerre que je méconnais complètement ; la seconde, c'est que rien non plus ne s'appliquera à ces projectiles qui, après avoir pénétré dans l'appareil pétro-mastoïdien, font irruption dans la cavité cranienne pour y occuper une place (indiquée par la radiographie) ou y déterminer des symptômes (révélés par la clinique) d'où peuvent et doivent surgir des indications thérapeutiques et des formules opératoires spéciales.

Nous voici donc limités aux « petits coups de feu de l'oreille ». En ce qui les concerne, se posent les questions suivantes :

1° Commandent-ils une opération précoce ou bien, à défaut de celle-ci, une opération tardive ?

2° Quel but doivent poursuivre l'une et l'autre de ces deux opérations ;

3° Par quels moyens peuvent-elles l'atteindre ?

Les coups de feu de l'oreille commandent-ils une intervention précoce, ou, à défaut de celle-ci, une intervention tardive?

Oui. L'intervention précoce est quelquefois rendue nécessaire par des accidents labyrinthiques plus ou moins sévères (syndrome de Ménière), ou bien par une otorragie qui, par ses reprises et sa persistance, peut faire craindre la blessure d'un gros vaisseau circumtympanal. Mais, lors même que nul symptôme grave, nulle complication ne lui forcent la main, le chirurgien doit encore se résoudre à l'opération.

Les projectiles viennent, en effet, dans la grande majorité des cas, s'enclaver dans la caisse ou dans l'expansion alvéolaire de celle-ci, qui sont l'un et l'autre « un prolongement en nous du monde extérieur » ; quand la balle n'a pas elle-même infecté l'os, celui-ci s'inocule à la longue, quelquefois longtemps après le traumatisme, et cela lui vient de la trompe ou bien d'une perforation

(1) W. Binaud. Des blessures de l'oreille par armes à feu. *Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1893.

non cicatrisée de la membrane du tympan. Lucien Picqué a raison de dire que l'évolution des coups de feu de l'oreille est dominée par cette question de l'infection primitive ou retardée. En fait, ces coups de feu déterminent une fracture dont le pronostic est chargé d'un triple facteur de gravité : le foyer contient toujours un corps étranger; il est ordinairement en communication avec le dehors; il est souvent ouvert en dedans, vers le crâne. Ces suppurations tardives et prolongées du massif pétro-mastoïdien après les blessures par armes à feu sont une chose commune. En 1902, j'ai opéré un homme qui avait été blessé en 1898; en 1907, j'ai opéré deux autres hommes dont le premier avait été blessé en 1882 et le second en 1896. Je crois que les cas où le projectile s'inclut sans communication fissuraire avec les annexes aériennes de l'oreille moyenne dans le parenchyme compact de la dense apophyse pétrée et parvient ainsi à échapper à l'infection secondaire, je crois, dis-je, que ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Il convient donc, me semble-t-il, de se résoudre à l'intervention précoce pour éviter l'intervention tardive.

Quel but doit poursuivre l'intervention précoce et quel but l'intervention tardive?

La première, prévenir les phénomènes d'infection; la seconde, en guérir le patient. L'une et l'autre, d'abord, doivent extraire la balle; puis celle-là agrandira et mettra au net la trouée de l'os, tandis que celle-ci ouvrira, détergera et drainera le foyer de suppuration. Ce sont les mêmes voies qu'elles devront ouvrir pour atteindre le projectile, et les mêmes moyens qu'elles devront employer pour nettoyer et désinfecter la cavité creusée par lui.

Je pense que Lucien Picqué a raison d'écrire que l'opération ne saurait avoir pour « but exclusif l'extraction systématique du projectile », mais je pense que Sieur a tort de dire que cette extraction n'est pas nécessaire. Elle l'est, au contraire, tout à fait. Du jour où il est infecté, on peut tenir pour certain que l'os suppurera tant que restera en lui un fragment du corps étranger. Celui-ci se comporte comme un séquestre. Toute intervention qui ne comporte pas l'extraction complète de la balle est donc une intervention incomplète, souvent une intervention inutile.

Un des malades auxquels je faisais tout à l'heure allusion avait été opéré par notre regretté collègue Poirier, qui avait extrait de l'apophyse mastoïde un fragment du projectile; la suppuration ne s'était pas tarie, et au moment où le patient me fut adressé, durait, sans discontinuité, depuis déjà quatre ans. Un autre malade incomplètement opéré par Benjamin Anger eut, jusqu'au jour de mon intervention, un écoulement d'oreille et des abcès temporaux à répétition; ces accidents durèrent vingt ans. Un troisième malade

enfin, qui avait été opéré à l'hôpital Saint-Martin, vit, après dix ans environ d'une guérison apparente, recommencer une abondante suppuration d'oreille, puis éclater une mastoïdite aiguë.

Chez ces trois blessés il me fut possible, par une intervention tardive, de découvrir et d'extraire la partie principale du projectile.

Par quelle voie le chirurgien peut-il et doit-il atteindre la balle?

Cela dépend, et dépend exclusivement du siège du corps étranger. C'est donc ce siège qu'il importe de déterminer; c'est sur lui qu'il faut régler l'opération. Il n'y a pas, pour établir ce diagnostic topographique du projectile, à faire grand cas de la situation de son orifice de pénétration. Telle balle, qui est entrée en avant du tragus, traverse le conduit auditif et va s'enfuir dans la région mastoïdienne; telle autre, qui s'est engagée derrière le pavillon de l'oreille, vient mourir sur la paroi glénoïdienne.

Mais une bonne exploration clinique peut fournir au chirurgien sur le siège du corps étranger des indications quelquefois très exactes, toujours très précieuses.

L'examen otoscopique, l'étude des troubles subjectifs et enfin la superposition des épreuves radiographiques sont ici indispensables.

On ne peut s'empêcher de regretter que, pour la plupart des cas, l'examen otoscopique ne soit pas pratiqué et que les opérateurs se passent si facilement des utiles indications qu'ils en pourraient tirer. Si la balle est ou n'est pas dans le conduit; si, à la faveur d'une déchirure plus ou moins large de la membrane on n'aperçoit pas cette balle dans la caisse; si les parois du conduit sont fracturées, déchirées, trouées; s'il y tombe du sang et d'où il vient; si du pus s'y écoule et par quel orifice fistuleux; par où s'engage un stylet explorateur, et quel obstacle, os ou métal, rencontre son extrémité : voilà quelle documentation peut et doit venir au chirurgien d'un bon examen otoscopique, et cette documentation n'est pas négligeable.

Pas négligeables non plus les phénomènes subjectifs présentés par le malade : la paralysie faciale, l'accident commun, banal, presque nécessaire, de tous les coups feu « pénétrants de l'oreille »; la surdité unilatérale et les caractères de la formule auditive, les accidents labyrinthiques, enfin (vertiges, bourdonnements, état nauséeux, nystagmus) dont l'apparition brusque, la violence et la durée ont une franche signification diagnostique.

Cette notion de la durée du syndrome de Ménière est importante; de simples signes d'ébranlement labyrinthique sur un sujet névropathe peuvent, en effet, donner le change. Un homme de vingt-cinq ans se tire un coup de revolver dans le conduit auditif; il tombe et reste plusieurs heures sans connaissance; il

revient à lui, mais il est sourd du côté blessé; il a des vertiges et des bourdonnements; au bout de quelques jours, l'orage s'apaise et tout rentre dans l'ordre. On m'adresse le patient et je l'opère; où était le projectile générateur de tant de troubles? Au voisinage de l'épine de Henle, aux confins de la paroi supérieure et postérieure du conduit, au droit du méat osseux!

Quelles indications est à même de nous fournir la radiographie avec sa double épreuve de projection frontale et de projection sagittale, je n'ai pas besoin de le rappeler. Certes, elle n'est pas indicatrice d'une topographie proprement anatomique, cette radiographie; mais elle nous apprend, pour le moins, le nombre des fragments, leur situation par rapport au canal de l'oreille externe, leur profondeur relative, et c'est beaucoup. Par elle, nous savons si le projectile, après avoir traversé les téguments, est resté en dehors du massif osseux auditif, si, au contraire il l'a pénétré et s'y est fixé, ou enfin si, après l'avoir pénétré, il a débordé de lui vers l'appareil dure-mérien.

Cela dit sur la nécessité d'établir, au moins approximativement, la topographie du projectile, on peut, au point de vue thérapeutique, diviser les coups de feu de l'oreille en deux classes : ceux où le projectile est visible et tangible, soit dans le conduit auditif externe, soit dans la caisse, à la faveur d'une large destruction de la membrane, et ceux où le projectile échappe à l'exploration clinique, caché superficiellement ou profondément, dans le cadre auditif.

Voici donc une balle dans le conduit auditif; elle y est enclavée presque toujours; les parois sont contusionnées, œdémateuses, ecchymotiques.

Inutile de s'attarder aux moyens simples qui réussissent si régulièrement dans l'extraction des corps étrangers ordinaires; ici, l'échec est presque certain. Il faut inciser derrière le pavillon, décoller la paroi postérieure du conduit membraneux, fendre celle-ci sur toute la longueur et se donner ainsi du jour vers le conduit osseux d'où quelques douces manœuvres, aidées, s'il le faut, d'un coup de gouge donné sur la paroi supérieure, arriveront à extraire le projectile.

Voici maintenant une balle dans la caisse; on l'y voit, on l'y touche du stylet. La même opération convient; un crochet fin, glissé derrière le corps étranger, le mobilise; oui, mais il ne l'entraîne pas; celui-ci est enclavé; il se cale derrière l'anneau tympanal ou bien s'enfonce sous la paroi externe de la sus-cavité tympanale, sous le mur fameux de la logette des osselets. Eh bien! il faut faire sauter ce mur à la gouge incurvée et au maillet, aidé d'un bon éclairage et d'une bonne hémostase, aidé surtout du protec-

teur qu'un assistant maintient solidement engagé dans l'aditus, en haut et en arrière, couvrant le facial : c'est là ce qu'on appelle l'atticotomie, l'opération vraie de Stacke.

Abordons maintenant les projectiles que ne permet ni de voir ni de toucher l'examen otoscopique, les projectiles cachés dans le massif auditif.

Certains d'entre eux, beaucoup plus qu'on ne croit, sont superficiels, presque sous-tégumentaires, ou bien ont à peine pénétré dans l'os, ayant seulement de celui-ci effondré la corticale; la plupart sont en bordure du conduit osseux, en avant ou en arrière de lui. A ces cas faciles conviennent des opérations simples, et c'est ici que la radiographie rend particulièrement service puisqu'elle permet précisément au chirurgien, par les renseignements qu'elle donne sur la situation superficielle du projectile, de ne pas entreprendre inutilement, comme il le ferait dans la méconnaissance des choses, une trépanation profonde suivie de recherches plus ou moins longues et laborieuses. Or, c'est ici qu'est applicable l'opération dont le professeur Berger se faisait le défenseur à la dernière séance de notre Société, c'est-à-dire l'opération atypique. Il faut inciser là où a pénétré la balle, suivre son trajet rectiligne ou tortueux, toujours guidé par le stylet explorateur ou par l'épreuve radiographique. Il n'y a guère, dans une opération de ce genre, qu'une faute à commettre : celle de passer à côté de la balle ou d'aller la chercher trop profondément.

Mais où je ne suis plus le moins du monde partisan de la méthode atypique et où je me sépare complètement du professeur Berger, c'est quand il s'agit de l'extraction de projectiles inclus profondément dans l'appareil auditif. Pour manœuvrer avec sécurité dans l'organe pétro-mastoïdien, il faut manœuvrer avec l'anatomie, et il n'y a pas, dans cet organe pétro-mastoïdien, de repérage anatomique possible en dehors d'une opération réglée; il n'est pas indifférent de couper ou non le facial si le projectile l'a respecté, pas indifférent d'ouvrir ou non le sinus latéral, malgré la bénignité ordinaire de ses blessures, pas indifférent de pénétrer ou non dans le canal demi-circulaire. Or, dans une mastoïde, qui n'a pas ouvert l'antre et l'aditus, l'antre pour le moins, ne peut s'orienter sûrement. Contrairement à mon maître, le professeur Berger, je crois donc qu'il faut systématiquement éviter de se laisser entraîner par les indications contingentes : l'orifice de pénétration de la balle, la direction du « canal traumatique », la topographie des fistules et des trajets purulents. Cela est bon, mais n'est bon qu'après coup. Avant tout, il convient de se mettre en règle avec l'anatomie, et cela, je le répète, est impossible en dehors d'une opération méthodique.

Cela dit, quelle est donc l'opération réglée qu'il faut faire? quelle est la voie qu'il faut suivre ?

N'oublions pas qu'il s'agit ici de projectiles inclus dans le cadre auditif, coincés, comme dit Lucien Picqué, entre la base de la pyramide pétreuse et le bord antérieur de la mastoïde, tombés dans la caisse, ce qui arrive souvent, ou gisant au pourtour de celle-ci. Eh bien! ces projectiles-là, comment a-t-on proposé de les atteindre?

Par deux voies : la voie postérieure, antro-mastoïdienne, et la voie antérieure, prétragienne. Je dis bien « prétragienne », c'est-à-dire pré-auriculaire, et voici comment, après Gangolphe et Sivaud, Robert Picqué conseille de conduire cette intervention où paraît l'avoir entraîné un juvénile enthousiasme des difficultés anatomiques :

Il faut donc inciser dans le sillon pré-auriculaire, décoller la parotide du conduit auditif, attirer cette parotide en avant, ouvrir l'articulation temporo-maxillaire, luxer le condyle en avant de la glène, inciser la paroi antérieure du conduit parallèlement à son grand axe et décoller à la rugine chacune des deux valves cartilagineuses ainsi formées !

Puis, quand il s'agit de trouver et de ramener le projectile, ce projectile situé d'habitude dans la région voisine de la caisse, c'est à travers le conduit auditif qu'on chemine, rencontrant dans cette « voie détournée » de telles difficultés, qu'au cours de l'opération on se demande à plusieurs reprises si l'obligation ne va pas surgir d'abandonner la partie, et qu'on est obligé de pratiquer, désormais sans repère anatomique, « l'abrasion de plusieurs copeaux osseux » et enfin de morceler la balle, dernière étape de ce long cheminement dans l'obscurité d'un puits.

On se demande vraiment de quelle manière il se peut faire, qu'en dehors d'indications tout à fait particulières et sans doute exceptionnelles, venues du siège anormal du projectile au voisinage de l'appareil stylien, une pareille opération ait pu être imaginée et sérieusement comparée à la trépanation mastoïdienne! Elle semble réaliser le contraire de ce qu'on est en droit de demander à une opération appelée à extraire un projectile, et renversant la formule classique, s'éloigner du corps étranger pour se rapprocher des organes dangereux.

C'est donc la voie postérieure qu'il faut prendre ; c'est dans la mastoïde qu'il faut faire brèche. L'opération indiquée ici est celle qu'on applique à la cure radicale de l'otorrhée ; c'est proprement l'opération de Schwartze, cette opération qui, d'abord, ouvre l'antre et l'aditus, et en résèque la paroi externe, puis ouvre la sus-cavité tympanale et détruit le mur de la logette.

C'est en réalisant cette intervention méthodique, réglée, que j'ai découvert et extrait sur quatre malades (l'un d'eux fut opéré par mon assistant, le Dr Lombart) des projectiles qui avaient échappé à des recherches chirurgicales antérieures. C'est en la réalisant qu'on arrivera, dans la grande majorité des cas, comme je l'ai fait moi-même sur le corps étranger, très souvent inclus dans la caisse ou dans l'os, au voisinage de celle-ci.

Et si, en pratiquant cette brèche à la Schwartze, on ne rencontre pas la balle qu'il faut extraire sous peine de voir s'éterniser la suppuration, au moins cette brèche constituera-t-elle une large voie de pénétration vers tous les coins du massif pétro-mastoïdien (paroi cranienne, paroi labyrinthique, paroi sinusale) qu'on pourra ensuite aisément explorer et vers lesquels on pourra diriger son action en s'orientant vers le « canal traumatique » de la balle en s'appuyant sur les données radiographiques et en s'aidant, au besoin, de l'avertisseur de Trouvé, réalisant ainsi, après l'opération méthodique nécessaire, l'opération atypique, et pour ainsi dire empirique, recommandée par le professeur Berger.

Rapport.

Deux observations malheureuses d'anévrismes traités chirurgicalement, par M. PAUL RICHE.

Rapport par M. LEJARS.

Des deux observations malheureuses de notre collègue des hôpitaux, M. Riche, l'une a trait à un anévrisme artériel poplité dont l'extirpation fut suivie de gangrène du pied et de la jambe, l'autre à un anévrisme du tronc brachio-céphalique, traité par la ligature de l'axillaire et de la carotide primitive, laquelle aboutit à une mort rapide. Disons tout de suite qu'il convient de savoir gré aux auteurs qui, comme notre collègue, publient et discutent, en toute conscience leurs cas malheureux ; il convient surtout d'étudier de très près les faits de ce genre et d'en tirer des enseignements pratiques.

La première observation de M. Riche, l'extirpation d'un anévrisme poplité suivie de gangrène, nous ramène à une des questions les plus débattues de la cure opératoire des anévrismes. L'extirpation est devenue notre méthode de choix, et l'expérience, aujourd'hui très étendue, a confirmé pleinement les idées défendues, avec tant de talent et de persévérance, par notre collègue M. Delbet ; de la lecture des Bulletins de notre Société, pour les

dix dernières années, il se dégage, suivant l'expression de M. Riche, « une atmosphère de bénignité grande en ce qui concerne l'extirpation des anévrismes poplités »; et pourtant, la gangrène, si redoutée, se voit encore, et cela entre les mains d'un chirurgien habile, et après une intervention conduite en toute régularité et complètement aseptique. Que s'est-il donc passé? et comment expliquer l'accident, pour le prévoir et le prévenir une autre fois?

L'opéré de M. Riche était un homme de cinquante-sept ans, d'excellent état général, qui avait « les radiales souples, le cœur normal, les poumons intacts ». La tumeur poplitée s'était progressivement développée depuis un an environ; elle s'étendait « de la partie supérieure du losange jusqu'un peu au-dessous du pli de flexion »; on y constatait « des battements énergiques et un mouvement d'expansion synchrone à la systole cardiaque »; on ne remarquait pas de circulation collatérale, et les battements de la tibiale antérieure étaient très nettement perçus au-dessus du cou-de-pied.

L'intervention eut lieu le 14 novembre 1905. Par une incision verticale (un lien de caoutchouc étant appliqué sur la cuisse), on découvre la tumeur, on en dissèque la face postérieure, et bientôt un catgut est placé sur l'artère, au-dessous d'elle. Le sac est très adhérent; le veine est lésée et liée; on coupe entre deux pinces les collatérales qu'on rencontre, et qui, toutes, partent du sac, jusques et y compris les articulaires inférieures. L'artère est liée et sectionnée en dessous, puis l'ablation complétée. Il s'agissait d'un anévrisme sacciforme développé surtout aux dépens de la paroi antérieure de l'artère; le sac contenait des caillots passifs et un caillot actif du volume d'une mandarine. On draine et l'on suture; le membre est élevé et entouré de coussins chauds.

Il n'y a, dans les jours qui suivent, aucune élévation thermique; mais des taches livides apparaissent sur le dos du pied, le sphacèle se confirme, et, finalement, le 10 décembre, le pied était complètement momifié; la zone gangrenée remonte sur le devant de la jambe jusqu'à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen, et se termine en arrière au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille. Le 25 janvier 1906, on ampute la jambe au lieu d'élection; les artères postérieures saignent bien, la tibiale antérieure est presque totalement thrombosée; le malade guérit.

M. Riche fait remarquer justement que cet anévrisme ne rentrait pas dans le type des « très bons cas », où le sac ne bat plus que faiblement et ne semble plus avoir qu'une part restreinte à la circulation artérielle, alors que les collatérales dilatées se mon-

trent sous la peau et que les voies anastomotiques sont toutes préparées ; il rappelle qu'en 1904 il extirpa, sans le moindre accident, un autre anévrisme poplité descendant très bas et pour lequel il dut lier le tronc tibio-péronier ; or, dans ce dernier fait, « le sac ne présentait pas d'expansion et donnait plutôt l'impression d'une tumeur qui avait été soulevée par les battements de l'artère ; on ne sentait la poche ni à la tibiale antérieure ni à la pédieuse ». Tout autres étaient les caractères de la tumeur anévrismale, dans l'observation que nous venons de résumer : les battements énergiques, l'expansion ample et totale, et de plus le pouls très marqué de la tibiale antérieure, montraient que l'artère distendue restait la voie principale du cours sanguin. M. Delbet a insisté sur ce type d'anévrisme dont l'extirpation est de pratique moins sûre. Il est permis de penser, avec M. Riche, que, chez son opéré, la circulation collatérale, mal préparée, n'a pu suffire à l'irrigation des segments déclives du membre.

Ceci admis, deux autres points nous semblent encore à noter. Tout d'abord la veine poplitée a été blessée et liée, elle aussi ; je sais bien que cette ligature simultanée de la veine ne crée point les dangers qu'on avait supposés autrefois et que, dans les cas favorables, l'excision combinée de l'artère et de la veine, telle qu'elle se pratique, en particulier, pour l'anévrisme artério-veineux, n'entraîne pas plus d'accidents que l'excision artérielle seule.

Pourtant, lorsque les conditions sont déjà peu propices au rétablissement circulatoire, cette lésion veineuse surajoutée n'est peut-être pas indifférente.

Enfin l'extirpation a été faite en bloc, sans ouverture préalable du sac, et l'artère liée en dessus et en dessous de la poche, intacte et remplie ; l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait en réalité d'un anévrisme sacciforme, c'est-à-dire de la variété qui peut le mieux se prêter à l'excision économique de l'artère. Il n'est pas douteux que, surtout dans les formes d'anévrismes à grande expansion, où l'on n'est pas sûr des anastomoses, ce ne soit un élément précieux de garantie que de garder « le plus long possible » de l'artère et le plus possible de ses collatérales, que de la dégager du sac, en haut et en bas, et de n'en réséquer , entre les deux ligatures, qu'un segment court. Cette pratique suppose l'incision préalable de la poche. Je rappelle que M. Monod la recommandait ici en 1900, et que M. Delbet citait à ce propos un gros anévrisme du creux poplité, sacciforme, qu'il avait pu extirper « en supprimant, au plus, deux centimètres d'artère ». J'ai eu recours à la même technique, chez un homme de cinquante-trois ans, que j'opérai, le 20 février 1905, d'un volumineux anévrisme poplité

droit; la tumeur descendait bas, elle était animée de battements très énergiques. Une bande de Nicaise étant appliquée à la racine de la cuisse, je découvris la poche, en dégageant le nerf sciatique poplité interne, peu adhérent, et la veine poplitée, qui l'était un peu plus ; puis je l'incisai : elle ne contenait que du sang noir liquide et quelques caillots mous; je disséquai alors son pôle supérieur, en le rabattant le plus possible, et, derrière le sac, assez bas, je liai et sectionnai le bout supérieur de l'artère; la décortication fut continuée de haut en bas en pinçant à mesure les collatérales qui émergeaient de la tumeur, et finalement j'isolai le bout inférieur de l'artère, qui fut, à son tour, lié et sectionné. Cette seconde section avait dû porter en bas, non loin du tronc tibio-péronier, par suite de la forme de la poche anévrismale, mais, grâce à l'incision d'emblée du sac, et à la dissection de sa partie supérieure, j'avais pu conserver, en haut, un segment notable de l'artère, que l'intervention en bloc eût sacrifiée. L'opéré guérit sans accident.

M. Riche conclut, du reste, lui-même dans le même sens, et, après avoir rappelé les gangrènes emboliques par malaxation du sac, il écrit que « pour se mettre autant que possible à l'abri de la gangrène, il faut tendre à supprimer une très faible longueur de l'artère; dans le cas d'anévrisme sacciforme, il n'y a pour cela qu'un moyen, c'est d'ouvrir largement le sac et de se rendre compte de ses connexions avec les vaisseaux ».

Comme lui, nous pensons qu'il est utile de publier et d'analyser de près les observations malheureuses; elles démontrent que si l'extirpation est bien le traitement de choix des anévrismes, l'application de la méthode n'est pas cependant toute simple et tout uniforme et d'innocuité constante, et que la technique en doit être soumise à des règles précises et multiples.

Le second fait de M. Riche nous ramène à la question des ligatures de la carotide primitive et de leurs dangers possibles. Je rappellerai que cette question a été longuement discutée, ici, en 1904, à l'occasion d'un rapport que je vous avais présenté sur une suture de la carotide primitive, pratiquée par M. Launay ; j'avais cru pouvoir dire, dans l'exposé des indications de la suture, que « bien que le pronostic en soit considérablement amélioré, la ligature de la carotide primitive ne saurait encore passer pour aussi simple, aussi indifférente, aussi sûre dans ses résultats que celle de la fémorale, par exemple ». Cette réserve, pourtant assez bénigne, souleva des protestations, et notre collègue M. Guinard, en particulier, s'appuyant sur les résultats d'une très belle série de quinze ligatures carotidiennes, soutint que les accidents céré-

braux appartenaient « au temps des ligatures septiques ou demi-septiques », et qu'on ne devait plus les observer, « pourvu qu'on se soit assuré que la carotide du côté opposé est normale ». Or, chez l'opéré de M. Riche, la carotide du côté opposé battait très énergiquement, et pourtant la mort survenait deux heures après l'intervention.

Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, atteint d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique ; la tumeur, grosse comme un poing d'adulte, faisait relief à la base du cou, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. La carotide droite battait fortement au-dessus de l'anévrisme, et je répète que la carotide gauche, dûment explorée avant l'opération, « battait aussi vigoureusement ».

Le 8 janvier 1906, M. Riche pratiqua la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule et de la carotide primitive, au-dessus de la tumeur. « L'opération est absolument classique et facile, nous dit-il ; je découds soigneusement les vaisseaux qui sont sains à ce niveau. Avant de serrer le fil placé sur la carotide, je comprime un instant le vaisseau sans qu'il paraisse en résulter aucun trouble. »

Et voici ce qui se passe : le malade est reporté dans son lit à 10 h. 3/4; à 11 heures, il est dans le coma, la respiration est stertoreuse et la face violacée. Le pouls étant très tendu, on fait une saignée de 500 grammes. Le coma persiste : la mort survient à midi. Il y avait eu de la contracture des membres gauches.

L'autopsie ne put avoir lieu. Nous restons dans l'incertitude sur le mécanisme exact de cette mort brusque, et l'on pourra soutenir que, malgré la bonne tenue et les battements normaux de la carotide gauche, le système anastomotique n'était pas intact et qu'on eût découvert quelque barrage sur le trajet des vertébrales ou de l'hexagone; tel qu'il est, le fait brut d'une mort presque immédiate, après une ligature régulière et simple, et alors que l'exploration préalable de l'autre tronc artériel avait été toute satisfaisante, ce fait brut n'en est pas moins à retenir : il ne démontre nullement que la ligature carotidienne soit périlleuse lors d'une intégrité complète de l'appareil circulatoire du cou et de l'encéphale, mais il démontre, tout au moins, qu'en pratique, les insuffisances des voies anastomotiques peuvent rester latentes et méconnues, et qu'une ligature, faite dans les conditions les meilleures et sous la caution d'un soigneux examen préliminaire, peut se juger par une complication cérébrale inattendue et mortelle. Quelque rare que soit, à l'heure présente, un pareil dénouement, on ne saurait en oublier l'éventualité possible, et poser, en règle, la bénignité constante de la ligature carotidienne. Il y a lieu de

rappeler, du reste, que cette façon de penser est celle de la majorité des chirurgiens de tous les pays; au dernier Congrès de la Société allemande de Chirurgie, M. Max Jordan (de Heidelberg) ne soutenait-il pas que, dans 25 p. 100 des cas, la ligature de la carotide primitive est suivie de complications cérébrales, et que la mort survient, dans 10 p. 100, par ramollissement cérébral? Il proposait la ligature incomplète d'attente. Je ne discute ni les chiffres, ni le procédé; je ne cherche nullement à jeter le discrédit sur la ligature carotidienne : elle réussit presque toujours ; elle a perdu, avec les méthodes modernes, presque tous ses dangers, c'est indiscutable, mais il est sage de réserver encore une part, si petite soit-elle, aux mauvaises chances d'un dénouement imprévu et de ne pas conclure à une bénignité absolue. L'observation de M. Riche en témoigne, et c'est là son intérêt.

M. Guinard. — M. Riche a-t-il lié l'axillaire ou la sous-clavière?

M. Lejars. — Il a lié l'axillaire sous la clavicule.

M. Le Dentu. — J'ai fait un rapport à l'Académie de médecine sur un cas d'anévrisme traité par M. G. Marchant par la ligature de la carotide primitive et de l'axillaire suivi de guérison.

Présentations de malades.

Cancer développé sur un lupus de la face.

M. H. Morestin. — Mme Françoise G... était atteinte depuis la première enfance d'un lupus de la face, lupus vulgaire ayant débuté au centre de la joue gauche et s'étant de là étendu à la joue tout entière, à la région parotidienne, à la région malaire, à la tempe.

Sur ce terrain s'est développée à une date récente une tumeur végétante dont le siège initial répondait, au dire de la malade, à la partie supérieure de la région massétérine ou de la région parotidienne. C'est seulement au mois d'octobre 1906 qu'elle aurait constaté la présence de cette lésion surajoutée. Quoi qu'il en soit, la néoplasme s'accrut avec une rapidité relativement très grande et prit bientôt des proportions considérables.

Quand je la vis au commencement de juin 1907, la tumeur devenue énorme occupait les régions parotidienne, temporale, malaire et une grande partie de la région massétérine et de la joue, et englobait le pavillon de l'oreille. Elle s'étendait depuis le bord externe de l'orbite jusqu'à la mastoïde, et dans le sens ver-

tical depuis une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille, jusqu'à une autre passant par l'extrémité du lobule et la limite inférieure de l'aile du nez. C'était une masse très végétante, molle, parcourue par de profondes crevasses, présentant de gros mamelons d'un rouge violacé et semés de détritus gris verdâtre exhalant une odeur infecte, et dont la nature maligne ne laissait dès le premier abord aucun doute. La tumeur reposait sur une base dure et adhérait dans la profondeur à l'arcade zygomatique et aux aponévroses voisines.

Le pavillon de l'oreille était complètement entouré par les lésions, soulevé par elles, en partie détruit, et un chou-fleur néoplasique émergeant du conduit auditif venait s'épanouir dans la conque.

Il s'agissait selon toute apparence d'un épithélioma.

Fort heureusement, il n'y avait aucune adénopathie appréciable.

Bien que l'état général fût très médiocre, je me déterminai à agir. Mon cher ami Demoulin consentit à lui donner asile dans son service à Saint-Louis le 4 juin, et c'est là que je l'opérai le 15 juin, en présence et même avec l'assistance de mon excellent collègue.

Les lésions circonscrites par une très grande incision circonférentielle passant en haut dans le cuir chevelu, en bas au voisinage de l'angle de la mâchoire, entamant en avant le sourcil et les paupières, passant en arrière sur les limites postérieures de la mastoïde, je décollai le pavillon, sectionnai le plus profondément possible le conduit auditif externe, c'est-à-dire presque au ras du conduit osseux, réséquai l'arcade zygomatique en totalité, la plus grande partie de la parotide, coupant la carotide externe et le facial, supprimai les couches superficielles du masséter et l'aponévrose temporale.

Je réséquai en outre le condyle du maxillaire inférieur et le ménisque correspondant, dans le but de prévenir dans une certaine mesure la constriction des mâchoires, qui s'annonçait trop certaine.

Les ligatures faites, la plaie fut pansée à plat, doucement comprimée et j'ajournai toute intervention réparatrice. Voici une photographie qui, prise quinze jours après l'intervention, montre l'énorme étendue de la plaie, occupant la moitié gauche de la face et une grande partie du crâne.

La malade, d'abord un peu déprimée par cette grosse intervention, se ressaisit rapidement, et au bout de peu de jours était hors de danger.

La plaie se couvrit de bourgeons charnus, se nivela, et offrit bientôt une surface unie et lisse, au centre de laquelle persista pendant un certain temps une dépression répondant à l'articula-

tion temporo-maxillaire réséquée. Au bout d'un mois environ ce petit trou avait lui-même disparu. On avait, dès la malade remise des premières suites opératoires, commencé à mobiliser la mâchoire à l'aide des écarteurs appropriés.

Le 23 juillet, après curettage de la surface granuleuse, qui s'était spontanément réduite dans de très grandes proportions, je la couvris de greffes dermo-épidermiques.

Le résuttat de ces greffes fut pleinement satisfaisant ; toutes ces greffes vécurent, et du coup la plaie était presque complètement épidermisée. Il fallut néanmoins cinq à six semaines pour obtenir la disparition des petites plaies persistant dans les intervalles des greffes.

Actuellement la guérison se maintient parfaite.

La difformité est bien moins choquante qu'on aurait pu le supposer, après la perte de l'oreille, d'une partie du cuir chevelu, la section du facial et la résection de l'arc zygomatique. Ce côté du visage est légèrement déprimé ; la peau de la partie inférieure de la joue et celle du cou attirée en haut a recouvert une grande partie de la plaie. Ces téguments sont encore couverts de lupus, car je n'ai pas songé à supprimer la totalité des plaques lupiques, qui occupent un territoire trop vaste.

Le conduit auditif persiste béant au fond d'une dépression cicatricielle, il est légèrement rétréci, mais peu. L'ouïe persiste absolument intacte. Bien que les paupières du côté gauche aient été entamées, elles ne sont actuellement ni déviées, ni éversées ; la gêne fonctionnelle qui empêche leur occlusion tient seulement à la paralysie faciale. L'œil ne présente aucune altération. La constriction des mâchoires ne pouvait être évitée complètement, mais elle est très modérée et ne gêne en rien la mastication.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Dans ce cas, il n'y a eu ni extirpation ni recherche opératoire des ganglions.

L'évidement des régions ganglionnaires correspondantes eût allongé et aggravé considérablement une opération déjà laborieuse et très grave chez une malade profondément affaiblie. Ce n'est pas là une abstention de principe, bien entendu, et je reste certes partisan d'une façon générale de l'ablation systématique des ganglions dans tous les cas de néoplasme malin.

Mais ces épithéliomas développés sur le terrain lupique ont peu de tendance à envahir le système lymphatique et cet envahissement est presque toujours tardif. On peut souvent en pratique se borner à l'ablation de la tumeur.

L'opération en deux temps, un pour l'exérèse, un pour la

réparation, s'impose dans la plupart des cas de ce genre. La plaie trop vaste ne peut par aucun procédé être immédiatement réparée. En pratiquant l'anaplastie secondaire, comme le disait mon maître Verneuil, on bénéficie d'ailleurs de la réduction spontanée de la plaie, et on se trouve en présence d'une plaie plus simple, unie et lisse. Les greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement fournissent presque toujours de très bons résultats.

Un point intéressant de l'observation est la résection préventive de l'articulation temporo-maxillaire. Cette résection, très facile à pratiquer au milieu de la vaste plaie béante, a, j'en ai la conviction, permis de lutter d'une manière efficace contre la constriction. La dilatation a été faite d'une manière assez suivie, pendant peut-être trois semaines ou un mois, puis elle a été négligée par la malade, et cependant la constriction est modérée et l'alimentation est très facile. Sans cette résection, la constriction eût été sans aucun doute poussée à l'extrême et excessivement tenace.

Je crois donc que c'est là une bonne pratique à laquelle on peut recourir d'emblée dans les cas analogues.

M. Sebileau. — M. Verneuil insistait autrefois sur la bénignité des épithéliomas cutanés, sur l'apparition tardive de l'adénopathie dans le cours de leur évolution et sur les avantages de l'opération en deux temps : exérèse d'abord, autoplastie ensuite.

M. L. Labbé. — En 1880, j'ai enlevé à un homme toute la joue et l'oreille pour un épithélioma; comme il était chauve, je lui fis une autoplastie avec un énorme lambeau cranien; le malade guérit et la guérison s'est maintenue indéfiniment.

La chirurgie est très puissante contre les épithéliomas de la face quand elle sait être assez audacieuse.

J'ai opéré aussi un homme de Fécamp atteint de cancer de la joue et des ganglions sous-maxillaires; j'enlevai toutes les parties malades et je fis ensuite une autoplastie avec un très grand lambeau emprunté au cou.

Ce malade est resté guéri pendant près de dix-huit ans.

M. Berger. — J'ait fait des opérations analogues pour des cancers de la face avec de grands lambeaux craniens ou cervicaux; un de mes malades est sans récidive depuis huit ans, quoiqu'il ait été considéré comme inopérable par d'autres chirurgiens.

M. Rouvillois. — Rapporteur : M. Morestin.

M. Dujarier. — Rapporteur : M. Tuffier.

Gastrocolostomie pour récidive d'une gastrite ulcéreuse après une gastro-entérostomie.

M. Mauclaire. — Voici une jeune malade âgée de vingt-trois ans, qui, depuis 1904, a présenté tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac : vomissements alimentaires et hémorragiques, douleurs en baïonnette, amaigrissement, etc. La malade souffrait continuellement de l'estomac. Il y avait un maximum très net environ une heure après le repas. Les douleurs étaient un peu calmées par les vomissements. Il y avait en outre comme des brûlures œsophagiennes.

Le 31 juillet 1906, cette malade fut opérée par le chirurgien de l'hôpital de Trieste, qui lui fit une gastro-entérostomie postérieure. Il y eut une amélioration notable pendant un mois seulement, puis les vomissements reparurent, sans hématémèses toutefois, mais avec des douleurs très intenses.

La malade entre le 11 juillet à l'Hôtel-Dieu. Elle est maintenue en observation pour voir s'il ne s'agit pas d'une névropathe ; ce qui n'est pas le cas. Elle est très amaigrie. Son état est lamentable. Elle est obligée de garder le lit. Elle ne supporte aucune alimentation solide. Malgré le régime lacté, que la malade supporte mal, les digestions sont très douloureuses. On fait absorber plusieurs fois à la malade une grande quantité de bismuth. Mais ces pansements au bismuth ne déterminent aucune amélioration. Les douleurs s'irradient jusque dans la poitrine et l'épaule gauche. Le cathétérisme de l'estomac ne ramène que du liquide jaunâtre, bilieux. Pas d'antécédents d'alcoolisme.

Le 25 août, je me décide à faire une laparotomie exploratrice. Elle montre que la bouche gastro-jéjunale fonctionne bien. Elle n'est pas déformée. On invagine l'intestin dans l'orifice ; celui-ci est donc libre. A la palpation, on ne sent aucune induration sur le jéjunum indiquant l'existence d'un ulcère peptique. La région pré-pylorique est indurée.

Je me proposai dès lors de pratiquer une autre anastomose gastrique.

Je renonçai à faire une gastro-entérostomie antérieure pour les raisons suivantes :

A l'Hôtel-Dieu, en 1902, j'avais eu à soigner une malade semblable. Elle avait subi déjà une gastro-entérostomie postérieure pour ulcère deux ans auparavant. Les douleurs et les vomissements ayant persisté, je fis alors une gastro-entérostomie antérieure. Le résultat fonctionnel fut médiocre, car il n'y eut pas d'amélioration ; les vomissements bilieux persistèrent. Dans ces cas de gastro-entérostomie antérieure complétant une gastro-

entérostomie postérieure, j'ai supposé que la deuxième anastomose fonctionnait mal, soit parce que l'estomac n'est pas au repos et évacue incomplètement son contenu, soit parce que, du fait de l'anastomose postérieure, un peu de liquide du contenu jéjunal, liquide bilieux, pancréatique et intestinal, remonte dans l'estomac, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Toutefois beaucoup d'auteurs ont insisté sur le reflux de ce liquide dans la cavité gastrique, reflux qui peut jouer un rôle dans la pathogénie des cas dans lesquels ont note de mauvais résultats après la gastro-entérostomie. Citons les travaux de Soupault (1), Perrin (2), Gilli (3), Katzenstein (4), Denéchau, Parmentier et Denéchau (5) etc. Mais les opinions sont bien contradictoires à ce point de vue. Ajoutons que ce reflux ascendant des liquides biliaire pancréatique et jéjunal existe également dans la gastro-entérostomie en Y, et que dans ces troubles post-opératoires l'influence de l'action directe du suc gastrique sur la muqueuse jéjunale a aussi été invoquée (6).

Ayant eu l'occasion, en outre, de lire ce qui a été écrit sur les fistules gastro-coliques spontanées, je pensais que les troubles observés dans ces cas étaient dus en partie à l'irrégularité de l'ouverture gastro-colique du fait de néoplasme ou de foyers de suppuration.

Pour toutes ces données de physiologie pathologique bien obscures dans les cas de gastrite ulcéreuse récidivante après une gastro-jéjunostomie chez ma nouvelle malade, je me suis décidé à pratiquer une gastro-colostomie. J'anastomosai par suture la face antérieure de la grande courbure de l'estomac avec la face antérieure du côlon transverse en son milieu.

Les suites de l'opération furent très régulières.

Je rappellerai les mémoires de Murchinson, Bec (7), et récemment Port et Retzenstein (8). Ceux-ci ont refait l'étude clinique des fistules gastro-coliques à propos d'un cas consécutif à un ulcère peptique compliquant une gastro-entérostomie. Ils rapportent 95 exemples de ces fistules gastro-coliques dont les causes sont multiples : cancer, ulcère, corps étrangers, etc.

(1) Soupault. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, de Hartmann, 1903.

(2) Perrin. La cholécysto-gastrostomie. *Thèse* de Lyon, 1902.

(3) Gilli. *Mittheil. aus den Grenzgebiet der Med. und Chirurg.*, 1907.

(4) Katzenstein. *Deutsch. med. Woch.*, p. 1907.

(5) Denéchau. *Thèse*, Paris, 1907; *Archives générales de chirurgie*, octobre 1907, et *Semaine médicale*, 1907, p. 485.

(6) Rapports au Congrès des chirurgiens allemands, Berlin, 1906, et Congrès de médecine, Paris, 1907.

(7) Bec. *Thèse* de Lyon, 1896 (58 observations).

(8) Port et Retzenstein. *Milteilung aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurgie*, 1907, p. 588.

Les malades ont des vomissements fécaloïdes avec renvois fétides et de la lientérie.

Or, chez ma malade, opérée depuis deux mois et demi, il n'y a eu jusqu'à maintenant aucun des accidents de ce genre. Elle ne souffre plus. La malade se lève. Elle est engraissée de 5 à 6 kilogrammes. Elle n'a plus aucun vomissement. Les digestions sont bonnes. La malade est très constipée. Il y a cependant un inconvénient très désagréable, c'est que la malade a présenté, le dixième jour, des renvois fétides, que l'absorption de charbon a très améliorés, car elle ne les a plus que la nuit. Cependant, quand le pylore reposé sera guéri, je verrai à traiter cette anastomose gastro-colique si le grave inconvénient en question persiste. Le traitement, en l'espèce, sera facile, comme l'a montré notre collègue Chavannaz (1) l'an dernier. D'ailleurs cette fistule peut se refermer spontanément quand le pylore guéri par le repos, laissera passer les aliments sans douleurs (obs. de Murchinson, in *Thèse* de Bec, obs. VIII).

J'ai fait pratiquer l'examen des matières fécales par M. Gaultier. L'ingestion de carmin a montré qu'il n'y a qu'un léger trouble dans la motricité de l'intestin, ce qui explique la constipation. Celle-ci, en l'espèce, a son utilité. Il y a peu de modifications à noter dans la composition chimique des matières fécales.

J'ai fait pratiquer, à la Salpêtrière, par M. Infroit, la radiographie après absorption de bismuth, mais cette épreuve n'a pas permis de préciser dans quelles conditions fonctionnent les orifices — pylorique — gastro-jéjunal et gastro-colique. — C'est une tentative à renouveler.

L'examen du suc gastrique n'a pas encore pu être pratiqué.

La principale conclusion que je veuille tirer de cette observation, c'est que les résultats de l'anastomose gastro-colique opératoire ne sont pas absolument semblables à ceux des fistules anastomotiques spontanées, tout au moins jusqu'à maintenant, chez cette malade.

Amputation longitudinale et greffe italienne de la main et du poignet pour épithélioma cicatriciel.

M. Mauclaire. — Voici l'observation résumée du malade que je présente :

D..., âgé de quarante-huit ans, a été brûlé à l'âge de six ans au niveau du bord cubital de la main droite. Cette brûlure a été très profonde, très

(1) Chavannaz. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1906.

étendue, elle a suppuré très longtemps. A la suite de la cicatrisation, il s'est fait une rétraction cicatricielle très marquée des trois doigts internes en extension.

Syphilis en 1905, pour laquelle le malade a été soigné à l'hôpital Saint-Louis.

En décembre 1906, apparaît une petite crevasse sur la partie moyenne de la cicatrice. Une ulcération se développa et ne se cicatrisait pas, le malade enlevant la croûte continuellement. Peu à peu l'ulcération gagna en largeur et en profondeur.

Actuellement, on note la rétraction en extension des trois derniers doigts et surtout du petit doigt. Une ulcération de 10 centimètres de longueur occupe le bord interne de la main. Elle commence à la base du petit doigt et remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du cubitus. En largeur elle occupe le tiers interne de la face dorsale et de la face palmaire. Elle est recouverte de bourgeons vasculaires avec sécrétion fétide.

Les bords sont bourgeonnants, éversés au dehors, fongueux. L'ulcération présente par places près de 3 centimètres de profondeur.

Il y a un petit ganglion épitrochléen sensible à la pression.

Seuls les mouvements de l'index et du pouce sont conservés.

Le malade est mis aux injections mercurielles pendant quinze jours, mais sans amélioration de l'ulcère.

Opération. — Le 28 juillet, je pratique l'opération suivante : section longitudinale de la main en passant dans le deuxième espace intermétacarpien. Section du carpe dans la même direction en passant successivement dans la direction des espaces trapézoïdo-grand os, scaphoïdo-semi-lunaire. Puis la section du cubitus est faite sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Des fragments d'os carpiens sont enlevés pour régulariser le carpe, si bien qu'il ne reste plus que le trapèze trapézoïde et le scaphoïde.

Pour diminuer l'étendue de la surface cruentée, je fais une greffe italienne avec un lambeau pris sur la partie antérieure du thorax. Les bords de la plaie sont rapprochés incomplètement, étant donné leur écartement.

Un petit ganglion épitrochléen est laissé en place, car je pense qu'il est purement inflammatoire. Il sera surveillé.

Le pédicule du lambeau est coupé neuf jours après, et il est appliqué contre le bord cubital de la main.

La main a dû être immobilisée pendant près de deux mois. Aussi les mouvements du pouce et de l'index sont-ils restés limités, le malade se prêtant peu aux massages.

L'index s'est même fortement dévié en extension. Les mouvements d'opposition du pouce sont cependant utilisables, ce qui justifie cette opération conservatrice.

La sensibilité de la peau est normale sur tout le moignon.

Voici la radiographie récente de la main et du poignet qui montre bien l'état du squelette actuellement.

Un cas d'étranglement de la verge par un écrou.

M. Schwartz. — Le fait que nous a présenté notre collègue Potherat dans la dernière séance m'invite à vous parler d'un cas que j'ai observé il y a quelques années dans mon service

à l'hôpital Cochin. On m'amena un matin vers 9 heures, pendant ma visite, un homme d'une cinquantaine d'années souffrant horriblement. Il me raconta que la veille, à 11 heures du soir, étant seul dans un atelier de serrurerie qu'il était chargé de garder, il avait eu l'idée saugrenue, ayant bu, dit-il, de se passer la verge dans un écrou en fer, et, voulant la retirer, cela lui avait été impossible. Il me montra en effet la verge entourée au niveau de la racine du gland par l'écrou en fer que je vous présente.

Le gland était tuméfié ainsi que le prépuce qui le couvrait en partie et étalé en champignon au-devant de l'anneau qui l'enserrait. Le malheureux patient me demandait à grands cris de le délivrer; il n'avait pu uriner depuis. Il y avait dix heures que l'étranglement existait. J'essayai d'abord la manœuvre du paraphimosis, le massage et la réduction. Après quelques tentatives infructueuses et très pénibles, force me fut de reconnaître qu'il fallait recourir à d'autres moyens. Je fis venir un serrurier confrère du mien en le priant d'apporter tout ce qu'il fallait pour scier un fort écrou. J'avertis le patient qu'il fallait à tout prix qu'il y mît toute sa patience et son courage. L'écrou enserrant la verge fut fixé dans un étau, le malade étant couché de telle façon que la chose fût possible. Tout mon rôle fut de protéger la verge contre la scie qui mordait sur l'écrou; à l'aide d'un petite sonde cannelée, d'une lame de métal, je parvins à protéger le gland d'un côté, la verge de l'autre, et on arriva à scier l'écrou d'un côté. Mais il fallait ou le casser ou le scier encore une fois du côté opposé pour arriver à débarrasser le patient. On se rendit bien vite compte que le premier plan était impossible à réaliser aux risques de blesser l'organe par des éclats ou par ses bords, et l'on recommença un second trait de scie pour diviser l'écrou en deux parties. L'opération dura une heure et demie environ. Enfin la masse de fer céda et le malheureux homme fut délivré sans aucune égratignure. Il resta dans le service pendant cinq ou six jours pour laisser se passer le gonflement, et sortit tout à fait guéri et jurant de ne pas recommencer.

Voici l'écrou. C'est une masse de fer pesant 220 grammes, hexagone, d'un diamètre de 4 cent. 1/2; le trou central a 22 millimètres environ. La hauteur de l'écrou est de 24 millimètres; son épaisseur est de 1 centimètre environ. Il porte la trace du trait de scie oblique par lequel on avait commencé ; on a été obligé de l'interrompre pour ne pas blesser la verge et passer à un trait de scie perpendiculaire. Un des traits a été recollé de façon à recompléter l'écrou dans sa forme primitive.

Présentations de pièces.

Grossesse pelvienne de cinq mois. Ablation du fœtus et du placenta.

M. Bazy. — Le fœtus et le placenta que je vous présente, je les ai extraits le 31 octobre dernier, par la laparotomie, de l'abdomen d'une femme de vingt-huit ans venue des environs de Saint-Dizier.

Cette femme a été réglée le 27 mai dernier : elle n'a pas eu ses règles en juin. A partir du 18 juillet dernier, elle a commencé à avoir des crises douloureuses dans le bas-ventre avec ballonnement du ventre et gêne respiratoire.

Ces crises duraient cinq ou six heures, reparaissaient après cinq ou six jours ; elles ont ainsi persisté jusque fin août ; la malade ne pouvait pas manger, mais était sans fièvre ; au reste, elle ne se levait pas.

Le mois de septembre se passa sans incident.

Dans les premiers jours d'octobre, elle eut une crise de trois jours avec irradiations douloureuses dans le bas-ventre, les cuisses. Depuis ce moment elle continue à souffrir dans tout le ventre et les deux cuisses.

J'ai dit que la malade avait eu ses règles le 27 mai ; elle ne les a pas eues en juin, mais en juillet elle les a eues comme si elle eût eu des règles normales.

Au toucher combiné avec le palper abdominal, on sentait que le petit bassin était rempli par une tumeur refoulant l'utérus en avant et à droite.

Le col était très mou, largement ouvert : l'index pouvait y pénétrer facilement jusqu'à la deuxième phalange. Au reste, j'ai pu, voyant qu'on y pénétrait si facilement, y faire pénétrer un clamp courbe qui n'a pas eu la plus petite difficulté à s'enfoncer jusqu'au fond.

En arrière on sentait une tumeur ferme, assez régulière, avec quelques indurations de forme peu déterminée. L'auscultation ne donnait rien.

Les seins ont un peu augmenté de volume.

Je pensai à une grossesse pelvienne, mais je voulus prendre l'avis de notre collègue Ribemont, qui fit le même diagnostic que moi et me conseilla, en raison du peu de développement relatif de la grossesse et des douleurs, de ne pas attendre plus longtemps et d'intervenir. Du reste, il n'entendit rien, quelque soin qu'il apportât à l'auscultation. C'est ce que j'ai fait par laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'abdomen ouvert, j'ai vu une grosse masse à laquelle adhérait

l'épiploon, anormalement vasculaire à ce niveau, au point que, en cherchant à l'écarter, j'ai vu des vaisseaux saignants, et dû placer des pinces.

Voyant qu'en continuant ainsi j'aurais de la peine à avoir une hémostase rigoureuse, alors, allant vers l'utérus, je vois que la grossesse a dû se faire par la trompe gauche.

Je place immédiatement une pince sur le ligament large, au niveau de la corne utérine, ne pouvant pas placer une pince sur le pédicule externe.

Plongeant rapidement la main dans le cul-de-sac de Douglas, j'en extrais le fœtus vivant encore : je puis alors voir le pédicule externe, sur lequel je mets une pince, et j'enlève le placenta.

Quand j'ai voulu voir où s'insérait le placenta, j'avoue que je n'ai pu rien voir. Le bord supérieur du ligament large était déchiqueté, au point que j'ai dû faire un surjet sur lui, après avoir placé des ligatures sur le pédicule interne et sur l'externe. Peut-être aussi prenait-il son insertion en partie sur l'épiploon, dont j'ai dû réséquer une partie.

Tout le cul-de-sac de Douglas était lisse et uni : je résèque une membrane d'apparence fibreuse libre dans la cavité abdominale et se continuant avec la membrane tapissant tout le cul-de-sac de Douglas.

Il existait quelques adhérences du pavillon de la trompe droite, et ce pavillon avait des franges un peu collées l'une sur l'autre. J'ai donc laissé les annexes droites.

L'utérus était gros et globuleux.

Je mets deux mèches et un drain.

La malade a eu sa montée de lait comme dans une grossesse normale.

Actuellement, la malade va bien, et tout fait supposer qu'elle guérira dans les conditions normales.

Le fœtus a ceci de particulier qu'il est absolument contrefait : il est gibbeux comme un rachitique très accentué.

Elections.

Commission pour le prix Demarquay.

MM. Jalaguier, Lejars et Delbet sont nommés membres de cette Commission.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Deux mémoires de M. Lapeyre (de Tours), ayant trait : l'un, à une *Régénération du tibia après ostéomyélite suivie de nécrose*, l'autre à une *Luxation par renversement de l'astragale*. — M. Broca, rapporteur.

Lecture.

Volvulus de la totalité de l'intestin grêle,

par M. le Dr P. BULL (de Christiania).

Histoire de la maladie. — Un débardeur de vingt-neuf ans fut amené à la salle de chirurgie B..., le 1er novembre 1906, avec le diagnostic d'*iléus.* Le père et la mère sont morts phtisiques. Le sujet lui-même a, depuis son enfance, dans l'aine gauche, des ganglions fistuleux. Il y a deux ou trois ans, il avait fréquemment des attaques de forte *diarrhée* qui duraient un couple de jours et quelquefois davantage. Il n'a jamais remarqué de sang dans ses

selles. Pendant les derniers temps, il a eu rarement le corps dérangé et a plutôt souffert de constipation. Il n'a jamais auparavant éprouvé dans le ventre de douleurs se produisant par crises.

Neuf jours avant, il fut pris de violentes *douleurs* dans le ventre et de *vomissements*. Les douleurs commencèrent le soir, peu de temps après le repas. Antérieurement, dans la journée, il n'en avait ressenti aucune. Depuis l'apparition des douleurs, il est resté couché, mais a pu cependant se lever de temps à autre. Il n'a pas cessé de souffrir, principalement autour de l'ombilic et dans le côté gauche. Il a mangé pendant ce temps et a eu presque journellement des vomissements. La *selle* a été chaque jour peu abondante, dure, avec évacuation de gaz. Les deux derniers jours, le malade a eu constamment le *hoquet*.

Après une légère selle, la nuit dernière, les douleurs sont tout à coup devenues plus fortes, et le malade se mit en même temps à vomir des matières brunes, *non* fétides. Les vomissements n'ont pas cessé de toute la journée. Depuis que l'état a empiré, cette nuit, le malade n'est pas allé à la selle et n'a pas évacué de gaz. Les douleurs et le ballonnement du ventre ont augmenté continuellement pendant la journée.

Examen. — 6 heures du soir. Facies pâle et altéré. Le malade se plaint de nausées et de douleurs dans le ventre. Il a des vomissements pendant qu'on l'examine et après qu'il est porté sur la table d'opération. *Ses vomissements sentent l'aigre, sont bruns, liquides et non fécaloïdes*. Il a souvent le hoquet. Pouls 100, très bon; température 36°8. Langue sèche.

L'*abdomen* est assez *régulièrement ballonné*. Sensibilité fortement prononcée dans toute la partie au-dessous de l'ombilic, et la plus forte à gauche de celui-ci. *Matité distincte* depuis la *symphyse jusqu'à l'ombilic et sur les côtés*. La matité est surtout prononcée sur le côté gauche; clapotement distinct. Les douleurs se produisent fréquemment; on peut alors voir les contours de trois anses intestinales en bas, à droite.

A *l'exploration par le rectum*, on peut sentir une saillie assez sensible, tout en haut de la paroi antérieure.

Rien d'anormal dans les canaux herniaires.

A *l'aine gauche*, on aperçoit des cicatrices fermées et aussi des masses fluctuantes atteignant la grosseur d'une noisette et par lesquelles la peau est fortement décolorée. Je trouve une masse semblable à la paroi abdominale, juste au-dessus de la symphyse, dans le voisinage de la ligne blanche. Rien d'anormal dans les organes thoraciques.

J'explique ces symptômes de la façon suivante : Le malade a

eu les jours précédents une occlusion intestinale partielle, qui dans le courant de la nuit est devenue complète. Je n'ai pu cependant déterminer la véritable cause de l'occlusion. Sans perdre de temps à recourir au clystère, j'ai procédé, immédiatement après l'arrivée du malade, à la *laparotomie*. Je cautérise au thermocautère les fistules et les abcès de l'aine gauche.

Anesthésie par l'éther après avoir commencé au chloroforme. Incision médiane entre la symphyse et l'ombilic, que je prolonge peu à peu jusqu'entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde.

Aucun œdème au péritoine pariétal. *A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité d'un liquide séreux*, non mélangé de flocons. La membrane séreuse de l'intestin est brillante. Les anses grêles sont, à certains endroits, un peu dilatées et injectées, sans qu'on puisse constater cependant aucune anse intestinale ratatinée correspondante. J'essaie de retirer le grêle par l'incision pratiquée à l'abdomen, mais je ne le puis, parce que — je ne constatai cela que plus tard — *différents cordons, venant de l'épiploon, se trouvent devant* et sont fixés, en plusieurs places, à la paroi abdominale. Il y a, en particulier, un gros cordon qui s'étend en bas, jusqu'à la paroi abdominale antérieure, exactement derrière la symphyse, sur le côté gauche de la ligne médiane. Je pose sur ce cordon une ligature double. J'en trouve un autre un peu plus haut, tout près de la flexure duodéno-jéjunale ; il est fixé plus bas, à la paroi abdominale postérieure. Je le lie de même. Il existe en outre un certain nombre de brides minces qui unissent l'épiploon à la paroi abdominale antérieure et que je détache à la main.

On ne peut constater nulle part la présence de tubercules, ni sur le péritoine pariétal, ni sur la membrane séreuse des intestins. Rien d'anormal à l'appendice ni à la vésicule biliaire. Le reste de l'épanchement séreux soigneusement étanché, l'incision abdominale fut refermée dans la persuasion que les brides avaient provoqué à plusieurs endroits un léger étranglement du grêle, et que tout allait redevenir normal.

Cette prévision ne se réalisa cependant pas. Le jour suivant, 2 novembre, la température fut à 37°5, le pouls à 108, langue sèche. Pendant la nuit, vomissements continuels; de temps à autre, hoquet. L'abdomen est aujourd'hui régulièrement ballonné, la sensibilité est le plus vive à droite de la ligne médiane, dans la région iléo-cæcale; elle est par contre moins prononcée du côté gauche. Le malade n'a pas évacué de gaz.

3 novembre. Température 37°4 à 36°9. Hier après-midi on lui a donné sans résultat un fort lavement à l'eau salée. Le ventricule a été lavé, ce qui, pour un temps, amena un arrêt dans les vomis-

sements. Aujourd'hui cependant, il a vomi une *matière verdâtre, non fécaloïde*. Il n'a toujours pas rendu de gaz.

Le pouls a aujourd'hui 88. La langue est sèche. Le malade est agité, il se retourne continuellement dans son lit et se plaint de douleurs à l'abdomen, qui est beaucoup plus ballonné que la veille. La palpation est également aujourd'hui douloureuse, surtout dans la région iléo-cæcale.

Supposant que lors de la première opération, une occlusion intestinale était passée inaperçue, je procédai dans l'après-midi — par conséquent quarante-huit heures après la première opération — à une *nouvelle laparotomie*.

Narcose comme à la première opération. L'incision abdominale est ouverte dans toute sa longueur. *Il s'écoule aussitôt un liquide séreux, clair*, qui cependant est cette fois nettement sanguinolent. Les *anses grêles* sont beaucoup plus *météorisées* qu'il y a deux jours, leur membrane séreuse est partiellement couverte d'une couche fibrineuse et *l'intestin a presque partout une teinte uniformément bleuâtre*. Je retire tout le paquet du grêle par l'incision abdominale, les anses grêles sont partout fortement météorisées; seule la partie inférieure de l'iléum et tout le gros intestin sont ratatinés. Au-dessus de l'iléum, il y a, quelques centimètres plus haut que la valvule de Bauhin, *deux brides d'une teinte bleu sombre, à moitié nécrotisées*, qui sont très étroitement tordues sur l'intestin. Je les lie. L'un de ces cordons, comme je m'en suis aperçu par la suite, est fixé au côté droit du mésentère, près de la racine de ce dernier. Ces deux brides sectionnées, je remarque que *le mésentère est tordu une fois* (180 *degrés*) *sur son axe, en allant de gauche à droite* (*c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre*). Je pratique facilement la *détorsion*; *le grêle prend aussitôt une couleur plus vive, rouge, et le cæcum se remplit immédiatement de gaz*. Je sonde de nouveau tout le grêle, depuis la valvule de Bauhin jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, sans rien trouver qui obstrue les passages intestinaux. La réintégration des anses intestinales, fortement météorisées, s'effectua, non sans de grandes difficultés. Avant de refermer complètement l'abdomen, j'injectai dans la cavité abdominale 3 litres d'eau salée à 40-41 degrés centigrades. L'incision fut ensuite recousue au moyen de sutures entrecoupées de catgut dans le facies et le péritoine et de sutures perforantes de crin de Florence. Par suite de l'affaiblissement du malade, je ne fis pas dans la peau des sutures au fil de soie.

Après l'opération, le malade était très cyanotique; pouls 160, mais la palpation s'effectuait sans difficulté. Avant même qu'on eut fini de le panser, il eut sur la table d'opération une selle

liquide abondante, de couleur brune, et à plusieurs reprises il rendit des gaz.

En ce qui concerne les suites opératoires, je ne m'arrêterai pas aux détails. Pendant les cinq jours qai suivirent l'opération, le malade eut continuellement la *diarrhée*, 4 à 9 selles liquides de couleur foncée, qui par l'épreuve de Weber donnèrent une réaction sanguine positive. Par la suite, il arriva qu'il eut de temps à autre quelques selles liquides, mais elles disparurent peu à peu. Environ une semaine après l'opération, toutes les sutures du ventre se coupèrent, ce qui fit que la blessure se rouvrit dans toute sa longueur. Ce fait peut s'expliquer en partie, si l'on se rappelle que le malade, avant l'opération, avait plusieurs fistules à l'aine gauche et qu'il avait même un petit abcès à la paroi abdominale. Jusqu'au 1er décembre, c'est-à-dire un mois après l'opération, le malade passa par des périodes fébriles et afébriles, et du 1er novembre jusqu'au 1er décembre, on put constater de la subcrépitation et des râles à la face postérieure des deux poumons. Cette affection était plus accentuée, tantôt de l'un, tantôt de l'autre côté. Par contre, le malade n'avait pas de point douloureux et, malgré l'affection pulmonaire, l'état général n'était pas mauvais. A partir du 1er décembre, la température se maintint toujours normale. En raison de son affection pulmonaire, ce ne fut cependant que le 30 décembre que j'osai exposer le malade à une nouvelle narcose, et je pratiquai la *suture secondaire* de l'incision abdominale. Les suites opératoires se firent sans aucune réaction, à cela près que les bords cutanés, dans l'angle inférieur de l'incision, s'écartèrent l'un de l'autre sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Le malade sortit de l'hôpital le 5 février 1906. Son état était excellent, les évacuations régulières, et aucun signe de hernie ne se manifestait dans la cicatrice. Tous les abcès et fistules de l'aine gauche étaient complètement fermés.

Le 29 juillet 1907, j'eus l'occasion d'examiner de nouveau mon opéré. Il me déclara qu'à l'exception des deux premiers mois après sa sortie de l'hôpital, il a été tout le temps en état de travailler et s'est trouvé bien à tous égards. Les selles étaient régulières. La cicatrice se maintient dans de bonnes conditions. Je ne veux pas nier toutefois qu'il n'existe, à l'extrémité inférieure de la blessure, une faible saillie, de la grosseur d'une noisette. Les fistules de l'aine gauche sont toujours complètement fermées. L'homme était en excellente condition et j'eus peine à le reconnaître.

Il est fort possible que j'eusse pu, dans le cas présent, établir d'avance mon diagnostic, si j'avais connu les symptômes décrits par M. Delbet. Les vomissements nombreux, non fécaloïdes,

existaient en effet ainsi que des ascites distinctes. Par contre, le météorisme n'était pas extraordinairement prononcé. Je veux aussi appeler l'attention sur ce fait, qu'il y avait également dans mon cas de très nombreuses brides épiploïques, qu'à cause des fistules de l'aine gauche j'avais mises en relation avec des ganglions ramollis le long de la veine iliaque et peut-être du mésentère. Je ne puis cependant donner aucune preuve de cette supposition, attendu que je n'y ai pas porté suffisamment mon attention lors de l'opération.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du rapport de M. Picqué, sur les coups de feu de l'oreille.

M. Loison. — Je n'ai eu l'occasion d'observer que deux blessés qui avaient tenté de se suicider en se tirant un coup de revolver dans l'oreille.

Voici leur histoire très brièvement résumée :

Obs. I. — D..., soldat au 4e bataillon d'Afrique, se tire dans l'oreille droite un coup de revolver d'ordonnance, du calibre 11, le 6 octobre 1890.

Le blessé, traité par l'abstention opératoire, est resté sans connaissance pendant une vingtaine de jours, d'après son dire; il se rétablit progressivement dans la suite, sans présenter de paralysie, ne ressentant qu'une légère douleur dans le côté droit de la tête.

Le médecin qui le soigna explora immédiatement avec une sonde le trajet créé par le projectile, sans rencontrer ce dernier.

Le 15 janvier 1891, D... entre dans mon service à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis, se plaignant de bourdonnements et de sifflements dans l'oreille et présentant un écoulement purulent peu abondant par le conduit auditif externe.

L'orifice d'entrée du projectile, situé au niveau du tragus, est resté longtemps fistuleux; à ce moment il est parfaitement cicatrisé.

Le tympan est largement détruit, mais l'atrésie du conduit auditif ne permet pas d'explorer convenablement la caisse avec le spéculum.

Le stylet introduit par le conduit donne profondément et en arrière le contact d'une partie dure, rugueuse, immobile, pouvant être soit une surface osseuse dénudée, soit le projectile encastré dans la paroi de la caisse.

Je veux recourir à l'appareil Trouvé pour préciser le diagnostic; je constate qu'il ne marche pas.

Je me borne à traiter la suppuration de l'oreille par les moyens

médicaux et, le 23 février, le sujet rentre à son corps, ne présentant plus d'écoulement appréciable. Je ne le revis pas dans la suite.

Obs. II. — B..., ouvrier d'artillerie, s'est tiré un coup de revolver de 6 millimètres, au niveau de l'oreille gauche, le 30 juin 1901. L'orifice d'entrée répondait au bord supérieur du tragus.

Il y eut perte de connaissance pendant une dizaine d'heures.

Un médecin explora le trajet avec un stylet, sans rencontrer la balle.

Trois semaines plus tard, se produisit une suppuration de l'oreille moyenne, laquelle se compliqua de mastoïdite et nécessita la trépanation de l'apophyse.

J'examine le blessé le 22 novembre 1901. Il se plaint de céphalalgie et de vertiges et l'écoulement de l'oreille persiste.

Une radiographie transversale me montre le projectile logé dans la partie postéro-inférieure de la fosse temporale, à 1 centimètre environ au-dessus et en avant du tragus. La balle s'est probablement divisée à la rencontre du zygoma et un fragment de plomb séparé se trouve à 1 centimètre en arrière du col du condyle du maxillaire inférieur.

Sur une seconde radiographie antéro-postérieure, je constate que le fragment principal semble être incrusté dans le plancher osseux de la fosse temporale, tandis que le petit fragment se trouve placé dans la fosse ptérygo-maxillaire, à 4 centimètres environ de profondeur.

Le blessé demande à être guéri de sa suppuration d'oreille, mais refuse toute intervention opératoire.

Nos deux malades souffraient d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne, survenue à la suite d'un coup de feu de la région ; mais rien ne permet de dire que la persistance de la suppuration tenait à la présence du projectile.

Dans le premier de nos cas, nous ne savons pas exactement où la balle s'était logée; dans le second, au contraire, il est hors de doute que les deux fragments du projectile se trouvaient parfaitement enkystés et tolérés, à distance du foyer purulent de la caisse. Leur extraction n'aurait donc été d'aucune utilité pour le traitement de l'otite suppurée.

Je ne veux pas aborder la question des indications de l'extraction des projectiles logés dans le cadre auriculaire ou à son pourtour. Dans certains cas seulement, il me semble indiqué d'y procéder, soit primitivement, soit secondairement surtout.

Quel est le meilleur moyen de s'assurer de la présence et de la situation du projectile et de prendre avec lui le contact chirurgical préalable à son extraction?

Tel est le seul point de la question que je me propose d'envisager particulièrement.

M. Picqué vous dit que la radiographie est à l'heure actuelle bien supérieure à l'appareil Trouvé. Il ajoute que « la radiogra-

phie prise successivement dans le sens frontal et dans le sens sagittal permet de la façon la plus simple un repérage parfait du projectile ».

J'ai, il y a longtemps, procédé de cette façon; mais actuellement je crois qu'il y a mieux à faire.

M. Berger estime de son côté que l'appareil Trouvé a ses avantages; il l'a utilisé jadis et se propose à l'avenir de l'employer encore.

J'ai également eu recours à l'appareil Trouvé, un certain nombre de fois, mais je crois qu'il faut l'abandonner, parce qu'il est trop infidèle dans les renseignements qu'il fournit.

Nous avons maintenant à notre disposition deux procédés radiologiques qui permettent d'aller prendre le contact du projectile par le toucher, au moment de l'extraction, comme on le fait avec l'appareil Trouvé.

Le *procédé de choix* consiste dans l'emploi de la méthode de radiographie métrique de Contremoulins. Vous savez que par la progression de la tige indicatrice du compas d'opération, le chirurgien se trouve conduit les yeux fermés en quelque sorte sur le corps étranger.

L'inconvénient est que tout le monde ne peut disposer des appareils de Contremoulins et que les manipulations nécessaires sont tant soit peu longues et délicates.

Le *procédé de nécessité* est au contraire à la portée de tout chirurgien disposant d'une installation radisocopique.

On regarde le corps étranger à l'écran fluorescent, et sous le contrôle de la vue, en passant par le trajet creusé par le projectile dans les tissus, ou, en prenant une voie autre, jugée préférable au point de vue opératoire, on introduit une aiguille creuse, dont le canal est occupé par un fil de plomb pour augmenter son opacité et permettre de suivre sur l'écran le trajet de la pointe pendant sa progression.

On fait ainsi, suivant l'expression de Perthes (1), la *ponction du corps étranger*, comme on ponctionne un abcès du foie, par exemple, avant de l'inciser.

Le contact une fois pris, il ne faut plus l'abandonner, mais se mettre en devoir de pratiquer immédiatement l'ablation du projectile, en se guidant sur l'aiguille laissée en place.

J'estime, par conséquent, que la méthode de ponction des corps étrangers, sous le contrôle de l'écran radioscopique, mérite d'avoir droit de cité en chirurgie courante, et qu'elle rendra parti-

(1) *Centralblatt f. Chirurgie*, 1902.

culièrement des services pour l'extraction des projectiles logés dans le rocher ou à son pourtour.

M. Pierre Delbet. — Le traitement des coups de feu de l'oreille est parfois embarrassant. Il ne se présente pas toujours avec la simplicité schématique que lui donnent les considérations théoriques.

L'indication ne paraît pas douteuse. Il faut enlever les balles qui ont pénétré par le conduit auditif externe et se sont logées dans des cavités de l'oreille ou dans leur voisinage. Il faut les enlever parce que, soit directement, soit indirectement par les fissures osseuses qu'elles ont produites, elles sont en communication avec des cavités septiques. Elles entraînent presque inévitablement des suppurations dont le moindre inconvénient est d'être interminables et qui peuvent devenir graves. L'argumentation exposée par le professeur Berger en 1888, reprise dans les dernières séances par Picqué, par Sebileau, me paraît comme à eux avoir la plus grande valeur, et comme eux je reconnais l'indication d'extirper les balles ayant pénétré par l'oreille.

Mais deux questions se posent : quand faut-il les enlever? comment faut-il les enlever?

Dans sa très intéressante communication, mon ami Picqué se déclare partisan de l'intervention immédiate dans tous les cas. Il ne nous dit pas s'il cherche d'abord à localiser la balle par un des procédés dont nous disposons pour cela, mais en lisant ses observations on voit qu'il considère l'ablation comme une opération d'urgence et qu'il prend le ciseau et le maillet sans chercher à se renseigner plus exactement sur le siège précis du projectile.

C'est d'un beau courage chirurgical. En a-t-il été récompensé? Il ne semble pas qu'il l'ait été de manière à le satisfaire. Dans l'un de ses deux cas, la balle ne peut être découverte au cours de l'intervention. Sept jours après, on en enlève quelques éclats, mais la plus grande partie est enclavée dans le squelette et y reste. Dans le second cas, la balle est enlevée en deux fragments, mais le malade, qui était d'ailleurs infecté antérieurement, succombe le quatrième jour.

Je ne crois donc pas qu'il faille se lancer dans une tentative d'extirpation avant d'avoir fait tous ses efforts pour localiser la balle.

Est-ce à dire qu'il faille s'abstenir de toute exploration quand on voit le malade peu de temps après l'accident? Pas le moins du monde. Il faut nettoyer l'oreille, inspecter le conduit auditif, y mettre un spéculum. Mon ami Sebileau a justement insisté, dans son intéressante communication, sur ces faits presque ridicules

où une suppuration pénible, ou même grave, était entretenue par une balle que l'on pouvait voir et toucher.

Evidemment le chirurgien ne doit pas exposer ses malades à ces ennuis ni s'exposer lui-même à ce ridicule.

Cette exploration bien faite ne saurait avoir d'inconvénients. Elle permet en tout cas de faire une désinfection partielle de la porte d'entrée, et, comme le disait Sebileau, dans un grand nombre de cas, elle conduit tout droit sur la balle, et il est alors tout naturellement indiqué de l'extraire.

Mais elle ne permet pas toujours d'arriver sur le projectile. Et ces faits où la recherche reste stérile sont les cas vraiment chirurgicaux, les cas intéressants, ceux qu'a visés mon ami Picqué.

Pour ma part, quand la première exploration ne conduit pas sur le projectile, j'estime qu'il ne faut pas se lancer immédiatement dans une opération plus considérable, plus mutilante.

Je pense qu'il faut remettre à plus tard l'extraction nécessaire et faire d'abord tout son possible pour savoir où est logée la balle.

Il y a nombre de faits qui montrent qu'en allant immédiatement à sa recherche sans l'avoir localisée, on s'expose à un échec. Picqué a cité le sien; Sebileau en a rapporté deux où des chirurgiens habiles ont dû abandonner la partie sans avoir trouvé le projectile. Voici un autre fait qui montre que l'on serait exposé à faire des délabrements bien inutiles.

Une femme de trente ans se tire un coup de revolver dans l'oreille le 30 octobre dernier, vers 9 heures du soir. Elle perd connaissance pendant quelques minutes seulement. On la relève; elle reprend connaissance et on l'apporte à Laënnec, où elle arrive à 10 heures et demie, parfaitement lucide. Elle ne présente aucun autre symptôme qu'une otorragie peu abondante.

L'interne de garde fit un nettoyage à l'eau oxygénée et un pansement aseptique.

Je vis la malade le lendemain matin. Elle se plaignait de quelques douleurs dans l'oreille, et elle avait une certaine difficulté à ouvrir largement la bouche. La température était à 37°4; le pouls à 80. Les pupilles étaient normales; l'ouïe était conservée; il n'y avait pas de paralysie faciale. Bref, toute la symptomatologie se bornait à quelques douleurs et à une certaine gêne de la mastication sans trouble de la déglutition.

La balle avait pénétré au niveau du tragus, qui était sectionné. Le conduit auditif externe était largement déchiré. La déchirure partait de sa paroi antérieure, passait en décrivant une courbe sur sa paroi supérieure pour aboutir dans la profondeur à la paroi postérieure. Les bords de la déchirure étaient recroquevillés, de telle sorte qu'on voyait nettement l'os lisse de la paroi supérieure

du conduit osseux largement dénudé. En nettoyant la plaie avec des tampons imbibés d'eau oxygénée montés sur une pince, je crus sentir la balle.

Je fis téléphoner chez M. Trouvé pour demander son appareil. Si extraordinaire que cela puisse paraître, on me répondit qu'il n'y en avait pas en magasin.

Ayant endormi la malade, je repris l'examen et constatai que c'était le temporal et non pas la balle que j'avais senti. L'examen montrait d'ailleurs que la partie profonde du conduit auditif était intacte. Je ne voulus pas me lancer dans une tentative d'extirpation qui, faute de données précises sur le siège du projectile, aurait pu entraîner d'inutiles dégâts. Je me bornai à un nettoyage aussi attentif que possible.

Le lendemain, je fis faire deux radiographies par M. Infroit. Bien qu'elles ne paraissent pas mauvaises, on n'y voit aucune ombre qui puisse être attribuée à la balle.

Je pensai que cette dernière s'était logée dans les portions épaisses de la base du crâne qui donnent toujours une ombre très foncée sur les radiographies.

La malade ne présentant aucun phénomène inquiétant, j'ai attendu jusqu'à hier pour faire une nouvelle exploration. J'ai constaté les mêmes lésions que je vous ai déjà décrites. J'avais pu me procurer un appareil de Trouvé : je l'introduisis partout où il y avait des décollements. Aucune sonnerie ne vint révéler la présence d'un corps métallique.

Le cas devenait singulier. La conservation de l'ouïe, l'intégrité du facial prouvaient que la balle ne s'était pas engagée bien loin dans l'apophyse pétreuse. Elle ne pouvait s'être enclavée entre la mastoïde et le rocher, car là je l'aurai vue ou sentie. Elle ne pouvait avoir pénétré dans le cerveau, car je ne trouvais aucune fracture de la paroi supérieure du conduit auditif externe. Je me demandais si elle avait pénétré au-dessous du crâne, pour aller se loger au voisinage de la carotide interne près du pharynx. Mais en ce point les radiographies auraient dû révéler son existence, et d'autre part la paroie inférieure du conduit n'était pas brisée. Ainsi j'en vins à me demander si les lésions n'étaient pas dues à la simple déflagration de la poudre et si la cartouche tirée était bien chargée d'une balle. La malade interrogée à ce sujet répondit par l'affirmative.

Aussi je l'envoyai ce matin à M. Contremoulins pour qu'elle fût radiographiée de nouveau. Or, M. Contremoulins m'a téléphoné tout à l'heure qu'elle n'avait pas de balle, et il a ajouté qu'il avait déjà vu des cas où des balles tirées dans l'oreille s'étaient réfléchies sur le temporal et étaient immédiatement ressorties à l'insu des malades.

Voilà donc un cas où l'intervention immédiate aurait eu pour unique résultat de faire des dégâts complètement inutiles. La possibilité de cas de ce genre doit rendre encore plus ménager des opérations précoces, je veux dire antérieures à toute tentative de localisation.

Cette localisation, comment pouvons-nous la faire?

Pour cela nous avons trois moyens : le stylet de Nélaton, l'appareil de Trouvé, la radiographie.

En 1888, M. Berger faisait déjà remarquer que le stylet de Nélaton est d'un emploi difficile et qu'il donne peu de résultats dans les coups de feu de l'oreille. Actuellement, on peut encore moins compter sur lui, car il ne peut fournir de renseignements qu'avec les projectiles de plomb; or, la majorité des balles sont maintenant recouvertes d'une chemise de cuivre. Cette enveloppe jaunâtre les rend fort difficiles à reconnaître au fond d'une plaie, car sa couleur se confond avec celle de l'os.

Restent l'appareil de Trouvé et la radiographie. C'est du premier que se servait le professeur Berger en 1888, et il nous disait encore ses avantages dans la dernière séance. Je crois qu'il peut nous rendre des services, surtout pour la première exploration.

Mais il n'est point douteux que la radiographie constitue un immense progrès et qu'elle a sur tous les autres procédés d'énormes avantages. Sans exposer le malade à aucun accident, sans lui faire courir le moindre risque de contamination septique, puisqu'elle se fait au travers d'un pansement, elle nous renseigne sur le siège, la forme et le nombre des projectiles ou de leurs éclats. On ne saurait vraiment rien rêver de plus parfait. S'il est vrai que les radiographies de cette région, en raison de l'épaisseur de la base du crâne, sont parfois difficiles à lire, il est certain que, lorsqu'elles sont bien faites, elles fournissent tous les renseignements dont la chirurgie peut avoir besoin.

J'arrive donc à la seconde question. La balle est localisée. Quelle voie faut-il prendre pour l'atteindre et l'extraire?

Gangolphe et Siraud ont préconisé la voie pré-auriculaire. Dans son rapport, notre collègue Picqué a fort justement fait remarquer qu'elle ne peut convenir qu'aux cas où le projectile est venu se loger devant l'oreille et est resté superficiel.

Pour permettre de pénétrer par cette voie jusqu'au rocher, M. Robert Picqué a imaginé une opération compliquée dont un temps consiste à luxer l'articulation temporo-maxillaire. Avec Picqué et Sebileau, je pense que cette opération compromet trop le jeu de la mâchoire pour tenter personne.

La voie rétro-auriculaire, qui est en réalité postéro-supérieure et se rapproche en somme beaucoup de la voie sus-auriculaire pré-

conisée par le professeur Berger, a rallié tous les suffrages.

Lorsque la balle s'est enclavée dans l'angle pétro-mastoïdien, ou encore lorsqu'elle s'est logée dans la caisse ou dans son voisinage immédiat, cette voie est excellente. Mais si la balle a cheminé plus loin en avant vers la partie antérieure du temporal, ou plus loin en dedans vers la pointe du rocher, elle devient singulièrement laborieuse. Ces évidements de la base du crâne sont extrêmement pénibles.

Pourquoi vouloir adopter une voie unique pour atteindre des corps étrangers qui peuvent occuper des sièges fort différents? Alors qu'on n'avait pas la possibilité de localiser purement la balle, je comprends qu'on ait pu avoir la préoccupation de trouver une technique permettant de faire à peu près toutes les besognes : il fallait mettre le plus de chances possibles dans son jeu.

Mais actuellement nous pouvons déterminer avec certitude et précision le siège qu'occupe la balle; pourquoi alors vouloir soumettre tous les faits à la même règle? pourquoi ne pas choisir dans chaque cas particulier la voie qui paraît la plus simple et la plus sûre?

Quand la balle occupe la position anté-pétreuse, surtout quand elle est rapprochée de la pointe du rocher, pourquoi aller péniblement, laborieusement, évider la pyramide pour l'atteindre au fond d'un puits obscur et saignant?

N'est-il pas plus simple, sans se soucier du trajet suivi par le projectile, de faire une trépanation franche dans la région sus-auriculaire et de décoller la dure-mère jusqu'au corps étranger?

C'est ce que j'ai fait avec un succès complet dans un cas que je vous demande la permission de vous rapporter.

Un homme de soixante-trois ans se tira un coup de revolver dans l'oreille à Monaco, le 22 mars 1906. Le résultat de ce coup de feu fut une paralysie faciale immédiate. Le jour même, un chirurgien (je ne sais pas son nom) fit, après radiographie, une trépanation de l'apophyse mastoïde sans trouver la balle.

Le 14 avril, le malade quitte l'hôpital de Monaco. Il entre à la Pitié le 21 avril et en sort le 19 mai sans qu'on lui ait rien fait.

Il est admis dans mon service de l'hôpital Laënnec le 6 juin. La paralysie faciale est complète. On voit derrière l'oreille cette dépression, ce fossé profond si vilain qui persiste après les évidements pétro-mastoïdiens. Ce fossé est d'ailleurs le siège d'une fistule qui continue à suppurer.

La localisation de la balle fut faite par M. Contremoulins. Elle était située sur la face antérieure du rocher, à une profondeur de trois centimètres et demi, mesurée à partir de la surface externe du crâne.

Reprendre la voie rétro-auriculaire qui avait d'ailleurs déjà conduit à un échec me parut être tout à fait contre-indiqué. En dehors même de ce fait que l'opération antérieurement exécutée en supprimant tous les points de repère, rendait une nouvelle intervention non seulement fort difficile mais dangereuse, il me sembla qu'on arriverait plus directement sur la balle en faisant une trépanation véritable au-dessus et un peu en avant du pavillon de l'oreille et en décollant la dure-mère.

C'est ce que je fis le 26 juin 1906. Je pratiquai une trépanation de l'écaille du temporal avec l'appareil de Bercut. La dure-mère mise à nu, je repérai la direction de la balle au moyen de l'appareil de M. Contremoulins; j'agrandis l'orifice de trépanation en bas et en avant, puis, décollant et réclinant la dure-mère, j'arrivai aisément sur la face antérieure du rocher. Je constatai alors qu'il existait une grosse esquille comprenant une bonne partie de la pyramide. Elle mesurait plus d'un centimètre et demi de longueur et un bon centimètre de largeur. Je la saisis dans une pince de Kocher et l'enlevai avec la plus grande facilité. Ce fragment comprenait le toit de la caisse du tympan, une partie du canal semi-circulaire antérieur et de l'aqueduc de Fallope.

Le repérage avec l'appareil de M. Contremoulins montre que la balle n'est pas sous l'esquille; elle est plus en avant. Elle n'est donc pas dans les cavités de l'oreille, où mon ami Sebileau nous dit que les balles s'arrêtent le plus souvent. Elle n'est pas non plus dans le cerveau, car la dure-mère n'est pas perforée. Elle est bien dans la base du crâne.

A un certain moment, M. Contremoulins me dit : « Vous êtes sur la balle. » La région étant rendue accessible à la vue par le soulèvement de la dure-mère, j'inspecte et je réponds à M. Contremoulins : « Cette fois votre appareil est en défaut; la balle n'est pas là. » M. Contremoulins reprend ses mesures, réapplique son appareil; la pointe de l'aiguille arrive exactement au même point et M. Contremoulins m'affirme à nouveau que la balle s'y trouve. Messieurs, c'est lui qui avait raison. La balle était encastrée dans la base du crâne et il n'y en avait qu'une très petite partie visible à la face interne. En outre, elle était revêtue d'une chemise de cuivre, dont la couleur jaunâtre se confondait avec celle de l'os. Je cherchais par habitude une masse noire et cette couleur jaune m'avait trompé.

J'éprouvai une petite difficulté à libérer la balle, mais en somme je pus l'enlever rapidement.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité parfaite. La plaie s'est réunie par première intention. Les fistules qui donnaient du pus depuis trois mois se sont rapidement taries et j'ai fait ulté-

rieurement à ce malade une anastomose de la branche descendante de l'hypoglosse avec le bout périphérique du facial. J'ai déjà eu occasion de vous parler de cette dernière tentative dont le résultat a été à peu près nul. Je n'y reviens pas.

Messieurs, j'ai été très frappé des avantages de cette trépanation sus-auriculaire suivie du décollement de la dure-mère. Elle donne un accès facile sur le rocher et la région pré-pétreuse. Elle rend aisée l'ablation non seulement de la balle mais des esquilles. Elle permet de faire ni trop ni trop peu. Il est certes impossible de dire avec un seul fait quels sont les cas dans lesquels on doit la préférer à la voie rétro-auriculaire. Elle me paraît nettement indiquée quand la balle est très antérieure ou très interne. D'après ce que j'ai vu, je suis disposé à lui donner une assez grande extension, car, outre la facilité qu'elle procure pour atteindre et enlever corps étrangers et esquilles, elle a des avantages incontestables. Le drainage se faisant dans les cas récents par le trajet qu'a suivi la balle, dans les cas anciens par les fistules qui ont persisté, la plaie se réunit vite par première intention, ce qui n'arrive guère avec l'évidement pétro-mastoïdien. En outre, la cicatrice masquée par les cheveux est complètement invisible, tandis que les évidements du type Schwartze laissent à leur suite une cicatrice très choquante, une véritable déformation.

Il y a là un ensemble d'avantages qui me paraissent appréciables, et c'est pour cela que j'ai voulu attirer votre attention sur la trépanation sus-auriculaire, suivie du décollement de la duremère comme voie d'accès vers les balles ayant pénétré par l'oreille dans la base du crâne.

M. Berger. — Lorsqu'il s'agit d'un projectile à enveloppe de cuivre l'appareil Trouvé peut ne pas fonctionner.

M. Pierre Delbet. — Dans le cas où l'appareil de Trouvé n'a pas fonctionné, il n'y avait pas de balle ; on ne peut donc rien lui reprocher.

Je dois dire d'ailleurs que la chemise de cuivre ne l'empêche pas de fonctionner. Un contact métallique quel qu'il soit permet le passage du courant. J'ai coutume de l'essayer avant de m'en servir, avec un sou, et le timbre sonna fort bien. Il est vrai qu'il est plus difficile d'établir le contact avec un métal dur qu'avec un métal mou comme le plomb où les deux pointes de l'instrument peuvent pénétrer.

M. Quénu. — Dans une de mes observations, la balle avait

déchiré le pharynx et était perçue par le doigt, elle aurait pu être déglutie. Dans le cas de M. Delbet, la balle était peut-être tombée dans le pharynx.

M. Guinard. — Chez un de mes malades la balle tomba dans le pharynx, le malade présenta des crachements teintés de sang.

M. Pierre Delbet. — Dans mon cas, la balle ne peut avoir été déglutie, car le pharynx était intact. Il n'y a pas eu la moindre hémorragie par la bouche, ni la moindre gêne de la déglutition.

M. Delorme. — Je tiens à confirmer ce que vient de dire M. Delbet en réponse à la remarque de M. Berger. L'appareil Trouvé donne des réactions lorsque ses pointes sont en contact avec la surface de n'importe quel métal; ces réactions sont plus vives lorsque la balle est de plomb, c'est-à-dire d'un métal qui se laisse mieux pénétrer, mais on les constate dans les autres cas de contact métallique. Les modalités des trémulations au contact des métaux différents permettent parfois de faire le diagnostic de la nature du métal, comme l'avait remarqué Trouvé.

Des parotidites en général et de la parotidite post-opératoire en particulier,

par M. LUCIEN PICQUÉ.

La question de la parotidite post-opératoire, apportée à la tribune par notre collègue Morestin, a été envisagée par plusieurs d'entre vous au point de vue de la pathogénie et surtout de la thérapeutique. Vous me permettrez à mon tour de discuter quelques-uns des problèmes intéressants qui se rattachent à cette affection.

Tout d'abord, pour ne rien préjuger touchant l'indépendance de la variété observée par notre collègue, je pense qu'il est préférable de ne pas la détacher de l'histoire de la parotidite spontanée et de comprendre l'une et l'autre dans une même description. Ce n'est qu'au cours de cet exposé que nous verrons s'il y a lieu de réserver à la parotidite post-opératoire une place spéciale dans le cadre nosologique.

Or, en ce qui concerne la parotidite spontanée, on peut dire que celle-ci est rare, au moins dans nos services de chirurgie. Les descriptions sommaires qu'en donnent nos classiques tendent à le prouver.

Du reste, en compulsant mes registres d'hôpital depuis mon

passage à l'hôpital Dubois, je n'ai pu relever, sur un total de 7.200 opérations, que 3 cas, dont 2 m'ont été adressés des services de médecine, voisins du mien. Un seul de ces cas m'est arrivé directement du dehors.

Une première remarque s'impose à l'esprit. Si, comme nous l'a dit Delbet, la parotidite est susceptible de débuter en pleine santé; si aucune infection antérieure n'a d'influence prépondérante sur son développement, il est certain que nous devrions surtout l'observer dans nos services de chirurgie. Or, ma statistique personnelle ne vient pas confirmer cette preuve. Aussi, en m'appuyant sur celle-ci et en même temps sur les travaux publiés sur cette question, je crois, contrairement à l'affirmation de notre collègue, et à moins d'admettre une rareté exceptionnelle, que la parotidite, en dehors des cas où des lésions antérieures (calculs ou rétrécissement) ont amené sa déchéance, est, le plus souvent, liée à un état général préexistant.

D'autre part, dans quelle proportion observe-t-on, en médecine, les formes dites critiques et terminales qui accompagnent les maladies infectieuses et les cachexies? Je l'ignore et je ne voudrais, pour ma part, tirer aucune conclusion des cas qui m'ont été adressés, et qui peuvent s'expliquer aussi bien par la rareté en médecine de cette forme de parotidite que par toute autre cause. Je tiens cependant à dire qu'à Sainte-Anne, où un recrutement spécial m'amène tous les cas qui se présentent dans une population de 7.000 malades, j'ai pu observer, dans une période de six ans, 12 cas de parotidite. C'est ainsi d'ailleurs que j'ai pu étudier, dans de bonnes conditions, leur évolution et aussi leur anatomie pathologique.

Voici pour les parotidites médicales ou spontanées. Quant à la parotidite post-opératoire, sa fréquence est-elle plus grande?

Or, sur le même total de 7.200 opérations que représente ma statistique globale depuis Dubois, je ne relève que 2 cas qui se sont produits chez des malades infectés (appendicite à chaud et grossesse extra-utérine avec infection).

Les deux malades ont guéri par l'intervention précoce.

Une troisième s'est présentée en mon absence, chez une malade opérée par un de mes collègues pour une ostéomyélite grave, mais elle ne concerne plus ma pratique personnelle.

Je suis, dès lors, réellement étonné du nombre des cas signalés par mes collègues, et de l'opinion formulée par Tuffier sur sa fréquence relative.

Quelques chirurgiens ont encore émis l'opinon que les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme prédisposent plus que d'autres à l'invasion de la parotidite.

Le Dentu, dans une leçon clinique, rappelle que Moricke a signalé 5 cas sur 50 laparotomies. Morestin rappelle ceux qu'il a rapportés à la Société anatomique. Legueu nous dit qu'ils se produisent surtout à la suite des opérations abdominales; dans celles-ci, dit-il, elles succèdent volontiers à des opérations pelviennes et, parmi celles-ci, aux opérations génitales.

Vraiment les observations publiées sont trop rares pour qu'on puisse formuler d'emblée une semblable conclusion. D'ailleurs, la plupart de nos collègues, et Morestin lui-même, font remarquer que toutes les opérations peuvent y conduire. Tuffier signale même l'anesthésie sous chloroforme, sans opération sanglante.

Or, il me semble qu'une question préjudicielle doit être envisagée avant de considérer la nature des opérations qui peuvent donner naissance à la parotidite.

Lorsque celle-ci survient à la suite d'une opération, présente-t-elle des caractères assez spéciaux pour qu'on soit autorisé à lui donner l'épithète de post-opératoire?

C'est un point qui semble n'avoir pas suffisamment attiré l'attention. Et, cependant, tant que cette démonstration n'aura pas été faite, la dénomination de parotidite post-opératoire ne peut, à mon sens, que prêter à équivoque, et je vous demande la permission de m'expliquer à ce sujet.

Au sens littéral du mot, toute parotidite qui apparaît après une opération peut être appelée post-opératoire, mais ce terme ne doit être employé, selon moi, que si, à défaut d'une forme anatomique spéciale, il existe une relation étroite de causalité entre la parotidite et l'opération.

L'étude que je vous ai apportée il y a dix ans sur les psychoses post-opératoires a provoqué, en dehors de la Société de chirurgie, une controverse du même ordre, et je n'ai pu considérer celle-ci comme terminée que le jour où j'ai démontré, à l'aide de nombreux faits, le rapport intime qui existe entre l'opération de la psychose et son autonomie propre.

Il en est de même dans la question actuelle. Pour justifier la dénomination précitée, il est indispensable de démontrer que la parotidite éclate après l'opération en dehors des causes qui la produisent ordinairement, qu'en conséquence elle possède une pathogénie spéciale et des lésions qui lui sont propres.

Notre collègue Legueu a tenté cette démonstration dans les expériences intéressantes qu'il nous a communiquées récemment. Un premier fait ressort de cette étude. Notre collègue a cherché, nous dit-il, sans la trouver, l'influence génitale ou nerveuse admise par quelques-uns, et il a été amené, au cours de ses recherches, à reconnaître que les parotidites qui apparaissent après les opéra-

tions ont la même origine que les parotidites ordinaires. Pour celles-ci, l'étiologie buccale déjà entrevue par Chassaignac et confirmée par des travaux récents n'est plus contestée aujourd'hui. L'hypothèse séduisante de Bouchard sur le mode d'infection sanguine n'a pas réussi à l'ébranler et ce n'est qu'exceptionnellement que la voie lymphatique dans des infections de voisinage peut la produire, comme dans le cas de parotidite d'origine otique que nous avons communiqué avec Toubert, en 1903, à la Société de chirurgie. Il en serait de même d'après notre collègue pour la parotidite post-opératoire, de sorte que les deux formes auraient la même étiologie, et que pour les deux c'est dans le microbisme normal de la bouche qu'il faudrait rechercher les éléments de l'infection salivaire.

C'est par le canal de Sténon que, dans les deux cas, le processus infectieux parti de la bouche arriverait au parenchyme glandulaire. Mais il convient de rappeler ici que le mécanisme de l'infection canaliculaire et ascendante exige des facteurs multiples.

S'appuyant sur le rôle bien connu d'ailleurs de la salive dans la production des infections salivaires, il trouve dans la diminution de la salive l'explication de la parotidite post-opératoire.

Il place ses animaux en expérience sous l'influence de l'atropine; puis il s'applique à préciser les circonstances qui, avant ou après l'opération, sont susceptibles de diminuer la sécrétion salivaire, et c'est ainsi qu'il a pensé nous fournir la preuve d'une parotidite spéciale post-opératoire ainsi que les éléments d'une prophylaxie rationnelle.

Les conclusions auxquelles il est arrivé demandent cependant quelques réserves.

Si d'abord l'usage de l'atropine favorise la production des parotidites expérimentales, il convient de rappeler que pendant plusieurs années les chirurgiens ont fait usage, au moment de l'anesthésie, d'injection d'atropo-morphine. Moi-même, j'en ai fait usage pendant longtemps et je n'ai pas eu à constater une augmentation du nombre des parotidites.

Quant aux causes spéciales qui d'après notre collègue seraient susceptibles d'amener la diminution de la sécrétion salivaire, elles ne peuvent avoir qu'une action temporaire, et le sérum que nous employons chez beaucoup de nos opérés doit suffire à en atténuer les effets.

Mais les conditions nécessaires pour réaliser l'ascension dans le canal de Sténon des microbes pathogènes de la bouche sont beaucoup plus complexes et ne sauraient relever d'une cause unique.

Les auteurs admettent en effet qu'outre la diminution quantitative de la salive, il faut de plus une adultération chimique du

milieu salivaire que ne saurait réaliser seule l'action de l'atropine. D'autre part la diminution de la résistance normale du milieu glandulaire sous l'influence d'un état général préexistant paraît nécessaire en dehors des causes locales que nous avons indiquées plus haut pour ouvrir la voie à l'infection, et puisque le traumatisme ne peut rien sur la glande, au dire de M. Legueu, nous voilà ramenés à l'idée, confirmée d'ailleurs par la clinique, que la parotidite ne peut survenir qu'au cours d'une maladie antérieure et à titre de complication.

Il résulte dès lors qu'en dépit des recherches intéressantes de notre collègue, il ne paraît pas encore possible d'établir à l'heure actuelle l'existence d'une parotidite post-opératoire au vrai sens du mot.

Il faudrait, si tant est qu'elle existe, l'adjonction de causes dont la connaissance, il faut bien l'avouer, nous échappe encore.

Les considérations précédentes n'ont pas seulement un intérêt théorique : elles présentent une réelle importance au point de vue pratique. Si, en effet, la parotidite dite post-opératoire reconnaît la même pathogénie que les formes ordinaires ; si, comme j'ai tendance à le croire, elle ne se présente que chez des malades infectés, dont la cavité buccale présente un état de septicité évidente, l'analogie doit se poursuivre également sur le terrain clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique. A ce point de vue il eût été intéressant de connaître l'histoire des parotidites expérimentales, mais la communication de M. Legueu ne nous fournit sur celle-ci aucun renseignement.

Permettez-moi de vous exposer rapidement ce que la pratique m'a appris à cet égard. Dans les cas que j'ai observés, j'ai pu distinguer deux formes anatomo-pathologiques. Tantôt il existe de la suppuration ; celle-ci est diffuse ou circonscrite, formant alors un ou plusieurs foyers. Un fait important que j'ai pu constater dans nos interventions précoces, c'est la rapidité avec laquelle elle se forme ; on peut affirmer qu'elle apparaît habituellement dans les trente-six heures de l'infection.

Tantôt le processus est tout autre : c'est une gangrène totale ou partielle de la glande combinée à une suppuration, en général peu abondante, véritable phlegmon gangreneux de la parotide.

Les formes microbiennes qui ont été rencontrées dans mes cas sont le streptocoque et le staphylocoque, et ce sont les microbes saprogènes qui, en s'unissant aux précédents, donnent par leur action putréfiante la forme gangreneuse.

Parfois dans ces formes la parotidite est bilatérale.

Sur mes 5 cas d'hôpital je l'ai rencontrée deux fois.

Sur mes 12 cas d'asile, une fois seulement. Nous verrons plus

loin combien cette bilatéralité est importante à connaître au point de vue du diagnostic.

A côté de ces deux variétés, il convient de faire une place aux fluxions parotidiennes ou pseudo-parotidites et j'en dirai ailleurs les motifs. Leur pathogénie est aujourd'hui bien connue. Dupré et Claisse y ont insisté avec raison.

Dans les pseudo-parotidites, l'infection reste limitée au voisinage de l'orifice du canal de Sténon ; d'après ces auteurs, il se forme alors un véritable thrombus salivaire constitué par un bouchon muco-purulent. Il s'agit dès lors d'une sialodocite sténonienne. Consécutivement, il se forme comme dans l'ictère catarrhal auquel on l'a comparé justement, une rétention salivaire subite qui produit alors une tuméfaction douloureuse de la glande, véritable fluxion parotidienne dont la durée est éphémère et qui, en général, comme le fait remarquer Dupré, n'aboutit pas à la suppuration. L'expression du canal de Sténon amène en général l'issue d'une gouttelette de pus.

J'ai eu, pour ma part, au cours de ma pratique hospitalière, l'occasion d'observer 2 cas de ce genre. On doit encore ranger dans les pseudo-parotidites les cas d'adéno-phlegmons signalés par notre collègue Quénu et dont j'ai récemment observé un cas au Pavillon de chirurgie, chez un enfant de quatre mois, atteint d'une pyodermite généralisée diagnostiquée par notre collègue Thibierge.

Le diagnostic de ces diverses variétés est intéressant à élucider.

Dans les formes vraies de la parotidite, j'ai toujours remarqué, contrairement à l'avis des auteurs, que rien au point de vue clinique ne permet de différencier, au moins au début, les formes gangreneuses et suppurantes.

Seule l'incision permettra d'établir cette distinction si importante au point de vue du pronostic.

La bilatéralité que nous avons signalée dans les formes vraies ne doit pas les laisser confondre avec la parotidite ourlienne. Considérée à tort comme caractéristique de cette dernière, elle conduit parfois à des erreurs regrettables.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un étudiant en médecine à qui j'avais réduit quelque temps auparavant une luxation du pouce.

Atteint d'une parotidite bilatérale à la suite d'une pneumonie, il fut soigné pendant quelques jours pour une parotidite ourlienne.

Quand je fus appelé près de lui au cinquième jour, ce malheureux malade présentait les accidents les plus graves (hypothermie, phénomènes bulbaires); il succombait quelques heures après mon arrivée sans que la chirurgie ait rien pu faire pour lui. Il est probable qu'il eût pu guérir, s'il avait été opéré dès le début.

La distinction des fluxions parotidiennes est le plus souvent impossible avec les formes précédentes. Leur forme insidieuse et la rapidité de leur évolution est la même dans les deux cas.

Chez les deux malades que j'ai observés, il ne m'a pas été possible d'éviter l'erreur. Dans ces cas, la tuméfaction était en tout semblable à celle de la parotidite. L'incision amena l'écoulement d'une notable quantité de salive et les malades guérirent. Dans le cas de notre collègue Bazy, où le gonflement était énorme et où la guérison s'est produite spontanément, je me demande s'il ne s'est pas agi d'un cas de ce genre. Quant aux adénophlegmons, le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés, malgré l'essai tenté par Duplay. Si dans mon cas l'erreur était facile à éviter en raison des lésions cutanées, il en est où le point de départ est inconnu. La distinction avec la parotidite vraie me paraît dès lors impossible.

Au point de vue du pronostic, nos collègues ont émis des opinions différentes. Beaucoup la considèrent comme bénigne. Legueu nous dit qu'à côté des formes bénignes et qui guérissent spontanément, il en est de très graves « qui conduisent à la mort, et ce malgré l'ouverture ». Il considère dès lors le pronostic de cette complication comme toujours sérieux.

Je pense qu'on doit voir dans cette divergence la preuve que les formes anatomiques observées ne sont pas toujours les mêmes. Les formes gangreneuses m'ont paru presque toujours mortelles. En dehors de celles-ci, j'estime que le mode de traitement et surtout le moment de l'intervention doivent exercer une influence véritable sur le pronostic de cette affection en raison des diffusions profondes qui se font si fréquemment le long de la gaine des vaisseaux et vers la cavité cranienne.

Pour ma part, je n'ai jamais abandonné la parotidite à son évolution spontanée et voici les résultats que j'ai obtenus.

Sur mes cinq cas d'hôpital, une seule malade, venant de médecine, a succombé.

Parotidite post-pneumonique avec gangrène (Bichat, 1906).

Tous les autres ont guéri, en voici le détail :

1° Parotidite post-pneumonique. Suppuration, 1901 ;

2° Parotidite double spontanée. Pus abondant à staphylocoque, 1901 ;

3° Parotidite consécutive à une appendicite à chaud, 1901. Pus abondant ;

4° Parotidite post-opératoire double consécutive à une grossesse extra-utérine ; une parotide contenait du pus ; l'autre était sphacélée.

Je ferai remarquer que sauf un cas, il ne s'agit que de parotidite avec pus.

Statistique du Pavillon de chirurgie: 11 cas.

Sur ces 11 cas, je note : 4 guérisons et 7 morts.

Les cas de guérison se répartissent ainsi :

1° Femme de quatre-vingt-quatre ans. Pus crémeux. Nécrose de quelques lobules glandulaires ;

2° Sujet de soixante-deux ans. Pus collecté. Staphylocoque ;

3° Sujet de quatre-vingt-six ans. Cachexie. Pas de pus. Guérison rapide. Peut-être s'est-il agi d'une rétention salivaire aiguë ;

4° Sujet de seize ans. Infiltration purulente. Ensemencement négatif.

Sauf un cas où il existait un sphacèle partiel, il ne s'agit encore que de parotidites avec pus.

Cas de mort :

1° Sujet de cinquante-quatre ans. Affaiblissement intellectuel. Pus peu abondant et profond. Mort par anurie ;

2° Sujet de quarante-sept ans. Agitation maniaque. Petite quantité de pus. Mort le septième jour ;

3° Sujet de cinquante-huit ans. Cachexie. Sphacèle. Staphylocoque. Mort le cinquième jour ;

4° Sujet de soixante-treize ans. Cachexie. Sphacèle. Pus à staphylocoque. Mort rapide ;

5° Sujet de trente-quatre ans. Délire mélancolique. Parotidite double. Pas de pus. Sérosité à staphylocoque. Mort rapide ;

6° Sujet de soixante ans. Pus à staphylocoque (poche limitée). Mort rapide ;

7° Sujet de soixante-dix-huit ans. Démence sénile avec cachexie. Pas de pus. Mort rapide.

Comme on le voit, à part un malade mort d'anurie, nous trouvons dans cette série 2 cas avec gangrène, 4 parotidites terminales, dont 2 sans pus et 2 avec collection purulente dont une limitée.

J'ai toujours remarqué le pronostic particulièrement grave des parotidites terminales qui se présentent chez les malades cachectiques.

Avant d'aborder l'étude du traitement, je voudrais dire quelques mots de la prophylaxie. A une époque déjà éloignée, les parotidites présentaient dans nos asiles une fréquence extrême. Celles-ci ont diminué d'une façon très notable dans ces dernières années, et cette diminution a coïncidé avec l'organisation des services dentaires, et aussi avec la mise en pratique de certaines instructions données au personnel secondaire.

Il est intéressant de savoir que chez une catégorie de malades, surtout les paralytiques généraux qui présentent une anesthésie

très marquée de la muqueuse buccale, et les déments gloutons, des débris alimentaires peuvent après le repas séjourner dans le vestibule de la bouche, entraînant une fermentation et une putridité parfois extrêmes. Or, dans certains services, les infirmières font, après le repas, une véritable inspection de la bouche de ces malades. La diminution des parotidites doit tenir certainement à ces diverses causes.

Dans mon service de Bichat, j'ai eu depuis longtemps l'attention attirée de ce côté chez mes opérés. Je me suis toujours appliqué chez eux à prescrire, dans les jours qui suivent l'opération, de fréquents lavages de bouche avec des solutions alcalines. Chez certains, j'ai parfois recours à l'emploi de l'eau faiblement oxygénée. Peut-être dois-je à ces précautions d'observer très rarement la parotidite après les opérations.

Que doit-on faire en présence d'une parotidite confirmée ?

Si on se reporte à la pratique des médecins, on constate qu'à une époque déjà éloignée, Grisolle, en raison même de la marche insidieuse et rapide de la maladie, et aussi des lésions anatomiques précoces et profondes, insistait sur la nécessité de recourir à l'incision précoce. Plus près de nous, Dupré et Claisse préconisèrent également l'intervention précoce.

Dans la discussion actuelle soulevée par Morestin, beaucoup de nos collègues vantent les bienfaits de l'expression. Or, si l'on songe à la gravité des lésions de la parotidite vraie, et, d'autre part, à la difficulté de distinguer celle-ci de certaines variétés de rétention salivaire aiguë au cours d'infections limitées à l'origine du canal de Sténon (sialodocite sténonienne), je me demande si beaucoup de cas qui nous ont été signalés ne rentrent pas dans cette catégorie. On comprend, en effet, que l'expression puisse suffire, dans les pseudo-parotidites, à chasser le thrombus septique qui a produit la rétention.

Que pourrait faire ce procédé contre les lésions graves et habituelles de la parotidite vraie ?

Je crois, pour ma part, que la connaissance de ces lésions et aussi la difficulté du diagnostic des diverses formes de la parotidite vraie ou fausse doit nous conduire à admettre le principe de l'intervention précoce déjà accepté par les médecins, et qu'en face d'une parotidite, l'indication formelle est de pratiquer l'incision.

C'est la pratique à laquelle j'ai eu toujours recours.

Mais le moment de l'intervention a également, selon moi, la plus grande importance, et je pense qu'en raison même de la rapidité d'évolution, il convient d'agir dès les premières heures de l'invasion, aussi bien pour établir le diagnostic que pour éviter les diffusions profondes.

C'est dans ces seules conditions qu'on peut, selon moi, atténuer le pronostic déjà si grave de la maladie.

Je rappelle en terminant qu'à l'hôpital, j'ai pu obtenir ainsi quatre guérisons sur cinq, et que si, à Sainte-Anne, malgré l'intervention immédiate, j'ai eu à enregistrer le chiffre énorme de sept morts sur onze cas, c'est que j'ai surtout affaire à des malades déjà atteints de cachexie avancée et qui sont plus que tout autres exposés à l'explosion d'une parotidite terminale.

Rapport.

Tuberculose recto-sigmoïdienne traitée par la méthode endoscopique, par M. le Dr Abrand (de Paris).

Rapport par M. CHAPUT.

S'il est vrai que le rectoscope est employé couramment par les chirurgiens qui s'occupent spécialement des affections du rectum, comme MM. Hartmann et Quénu, toujours est-il que son emploi est encore bien loin d'être généralisé; la plupart des services de chirurgie générale en sont dépourvus et les praticiens ne connaissent guère cet instrument que de nom.

Il n'est donc pas sans intérêt de vous communiquer cette observation de tuberculose recto-sigmoïdienne diagnostiquée et guérie au moyen du rectoscope, par un praticien distingué, M. le Dr Abrand. Celui-ci était mieux préparé que d'autres aux manœuvres d'endoscopie, car il est assistant du Dr Guisez, et, comme tel, rompu aux difficultés de l'exploration endoscopique.

Voici sommairement le résumé de l'observation qui nous est soumise :

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, atteint depuis deux ans d'un écoulement purulent par l'anus; il souffre peu, mais il maigrit, perd ses forces et transpire facilement.

Le 31 mai 1907, M. Abrand constate au niveau de l'anus une sécrétion purulente et des hémorroïdes ou végétations rouges et enflammées.

Il fait d'abord l'examen à l'aide du spéculum ani et constate que la muqueuse rectale est rouge et enflammée; immédiatement au-dessus de l'anus, existe un éperon postérieur rétrécissant la lumière. L'éperon et les parties voisines présentent des ulcéra-

tions disséminées, grisâtres, bourgeonnantes, végétantes et à bords amincis.

L'examen au moyen du rectoscope de Strauss, pratiqué en position génu-pectorale, permet d'introduire l'instrument jusqu'à 25 centimètres de profondeur, et de constater des ulcérations analogues à celles de la partie inférieure, remontant jusque dans l'S iliaque, et des traînées rougeâtres rappelant celles des lymphangites cutanées.

Le malade est soumis aux irrigations à l'eau salée à 7 p. 1000 jusqu'au 21 juin; à cette époque, l'examen est plus facile et permet de constater l'existence d'une fistule descendant à quelques centimètres de l'anus, et venant s'ouvrir à quelques centimètres plus haut sur la muqueuse rectale.

M. Abrand institue le traitement suivant : 1° lavages journaliers au sérum artificiel ;

2° Cautérisations des ulcérations à l'acide lactique à 50 p. 100 après cocaïnisation, exécutées à l'aide du rectoscope, deux fois par semaine ;

3° Traitement général : sirop iodo-tannique, repos, suralimentation modérée.

Ce traitement est continué jusqu'au 5 août.

A cette date, le malade est déjà très amélioré, mais il n'est pas encore guéri.

M. Abrand constate la persistance de la fistule signalée plus haut et se met en mesure de la fendre. Comme elle est accessible, il se sert du spéculum ani; il fend la fistule à l'aide d'un ténotome mousse monté sur une longue pince, et il gratte les végétations qui persistent avec une petite curette montée sur pince.

Le traitement pour les lavages et les cautérisations est continué jusqu'au 25 août ; à cette époque, le malade pouvait être considéré comme guéri; il lui restait seulement une petite érosion en voie de cicatrisation dans la région anale.

Il a été revu en octobre, la guérison s'était maintenue.

M. Abrand avait le choix entre les trois modèles les plus usités de rectoscopes :

1° Celui de Kelly, composé d'un tube rectiligne avec éclairage au moyen d'une lampe électrique fixée en dehors et dans le prolongement du pavillon; 2° celui de *Tuttle*, où la lampe est intérieure et non mobile ; 3° le rectoscope de Strauss.

Cet instrument, que je vous présente, se compose d'un tube métallique rectiligne gradué à 30 centimètres et mesurant 2 centimètres de diamètre.

On l'introduit à l'aide d'un obturateur à bout mousse destiné à en favoriser l'introduction.

L'éclairage se fait au moyen, soit d'une très petite lampe intérieure mobile, soit à l'aide du miroir de Clar employé par M. Guisez pour les explorations des bronches. La petite lampe est plus avantageuse pour le simple examen; comme elle est gênante pour les manœuvres thérapeutiques, il est préférable, dans ce cas, d'utiliser le miroir.

M. Abrand a pratiqué des cautérisations à l'aide d'un fil de fer porteur de tampons d'ouate.

En véritable laryngologiste qu'il est, il a traité les ulcérations recto-sigmoïdiennes comme il aurait fait d'une tuberculose laryngée, par l'acide lactique, qui donne dans l'espèce d'excellents résultats.

On peut dire que ces manœuvres endoscopiques sont identiques, qu'elles s'adressent à la trachée, à l'œsophage ou à l'anse sigmoïde, et il ne faudrait pas s'étonner si bon nombre des affections recto-sigmoïdiennes relevaient un jour des laryngologistes qui sont déjà en passe de conquérir bon nombre des affections des premières voies digestives.

Le rectoscope est le seul moyen que nous possédions actuellement pour l'examen direct de l'anse sigmoïde; son emploi est donc indispensable chez tous les malades qui présentent un écoulement purulent ou sanguin par l'anus, avec un rectum sain dans sa partie inférieure.

M. Hartmann s'en est servi plusieurs fois avec avantage, et M. Okinczic en a longuement parlé dans sa thèse.

Son emploi est encore indiqué dans tous les cas d'ulcérations rectales nettes pour vérifier l'intégrité ou les lésions de l'anse sigmoïde.

Même pour les lésions rectales basses, le rectoscope est supérieur au spéculum, car il déplisse beaucoup mieux la muqueuse rectale et en rend l'examen beaucoup plus facile. Son emploi est contre-indiqué dans les cas de rétrécissement bas situé et trop étroit pour admettre cet instrument.

L'emploi du rectoscope est simple et facile, et tous les chirurgiens arriveront en quelques séances à tirer le meilleur parti de ce précieux instrument.

Il est certain qu'on pourra un jour attaquer certains rétrécissements recto-sigmoïdiens par la méthode endoscopique comme on l'a déjà fait pour l'œsophage. Les petites tumeurs recto-sigmoïdiennes pourront aussi être enlevées par cette voie à l'aide de l'anse froide ou chaude.

Nous avons le devoir d'adresser nos félicitations à M. Abrand pour la manière brillante dont il a soigné et guéri son malade ; il n'est pas douteux que son exemple ne lui suscite de nombreux imitateurs.

M. J.-L. FAURE. — Bien que je n'aie pas l'honneur d'être laryngologiste, j'emploie la rectoscopie depuis environ trois ans. J'emploie le rectoscope de Kelly et j'ai pu faire ainsi un certain nombre d'explorations très utiles. Le rectoscope est un instrument très précieux. Mais je crois qu'il y a avantage à employer, au lieu de la position genu pectorale, qui est incommode et fatigante, la position déclive ordinaire, celle que nous réalisons tous avec nos tables à renversement. Le paquet intestinal est ainsi rejeté vers le diaphragme, et le déplissement intestinal, par suite de l'entrée de l'air dans le rectum, se fait tout aussi bien. On réalise donc ainsi plus facilement que par la position genu-pectorale les conditions nécessaires de l'exploration du rectum.

M. SEBILEAU. — Je suis heureux de voir entrer l'endoscopie dans la pratique de la chirurgie générale.

M. QUÉNU. — La facilité de pénétration du rectoscope dépend beaucoup moins de la position du sujet que de la conformation individuelle du sujet.

Communication.

Contusion de l'abdomen par chute de bicyclette. Laparotomie sus-ombilicale au 6e jour : foyer de péritonite sous-hépatique et de l'arrière-cavité des épiploons ; déchirure et nécrose partielles du corps du pancréas. — Pancréatectomie partielle ; drainage. Guérison, par M. ROBERT PICQUÉ. — Rapporteur : M. GUINARD.

Présentation d'instrument.

M. CHAPUT (Voir le rapport précédent).

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

Lecture.

Etranglement de la verge par un anneau,

par M. GRIPAT,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Un gentilhomme campagnard, célibataire, d'environ soixante-cinq ans, entre tout penaud dans mon cabinet, et me raconte d'un air embarrassé qu'étant en wagon, une femme s'est amusée à jouer avec lui; ce disant il me montre son pénis en massue, entouré au milieu d'une bague chevalière dont le chaton est en côté; il me demande d'un air suppliant de le débarrasser au plus tôt. Je lui propose de le tenter séance tenante, sans aide, pourvu qu'il ait un peu de courage.

Ayant fait tourner l'anneau afin d'avoir en avant sa position étroite, je glisse dessous une sonde cannelée, à direction perpendiculaire, destinée à soulever le corps étranger, à guider l'instrument de section, à protéger le pénis tuméfié en double bourrelet. Tenant cette sonde cannelée d'une main ferme, je m'arme d'une forte pince de bijoutier et, d'un seul coup, sectionne l'anneau.

Reste à ouvrir celui-ci pour dégager le pénis. Pour cela, je prends deux daviers à extraire les dents et, les glissant sous l'anneau, au ras des bords de la section, je cherche à écarter ceux-ci sans secousses. J'y réussis en ayant soin de solidariser mes deux mains, en les juxtaposant pouce contre pouce et en les faisant basculer l'une sur l'autre par un double mouvement simultané de rotation en dehors. Ainsi, sans secousse, sans douleur appréciable, l'anneau fut ouvert et dégagé, ses bords coupants étant couverts par les daviers, de sorte que le pénis ne fut pas lésé. Le malade poussa un gros soupir de soulagement.

J'insiste sur les points suivants : 1° Avantage inappréciable, pour le malade, d'une opération sans aide, sans témoin ; 2° protection de la verge et soulèvement de l'anneau par la sonde cannelée ; 3° la gorge de celle-ci servant de guide à la pince coupante ; 4° action synergique des deux daviers, grâce au rapprochement des deux poings rendus solitaires par contact et roulant l'un sur l'autre en sens inverse pour produire l'écartement de l'anneau coupé.

A l'occasion du procès-verbal.

Double parotidite chez une cachectique traitée par l'expression et les compresses antiseptiques chaudes. Guérison.

M. Paul Reynier. — Dans la discussion qui vient de s'ouvrir sur la meilleure conduite à tenir en cas de parotidite, je viens apporter une observation qui me paraît bien démonstrative en faveur de l'opinion, qui prévaut ici, que le mieux est de mettre des compresses humides antiseptiques, et de se contenter de lavages antiseptiques de la bouche et de l'expression de la glande.

Il s'agit d'une femme très cachectique, en pleine récidive d'épithélioma utérin, qui avait subi pour ce fait une hystérectomie vaginale dans un autre service.

Elle entrait dans le mien le 4 novembre dernier avec une température de 39 degrés, dans un état de cachexie très avancée.

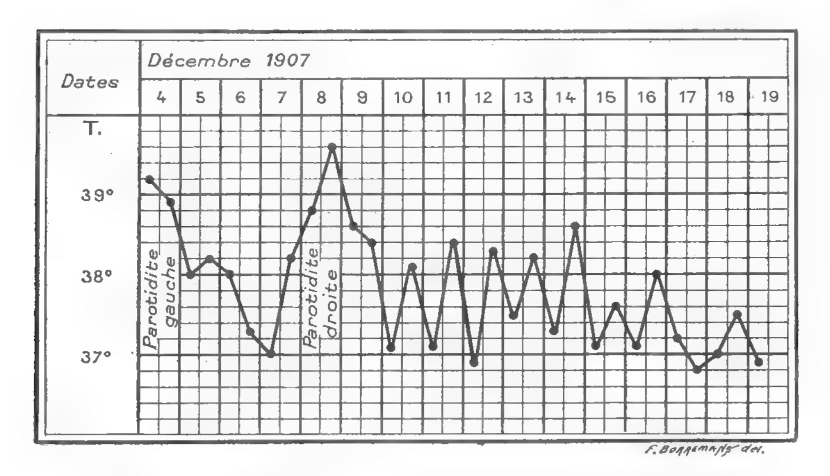
La région parotidienne gauche était rouge, tuméfiée, œdémateuse. Il était évident que la température était due à cette suppuration parotidienne.

Mon assistant, M. Savariaud, mes internes étaient tous d'avis que, devant cette température, l'état grave de la malade, il fallait intervenir.

Je déconseillai, toutefois, cette opération, et me contentai de faire mettre des compresses trempées dans une solution de bicarbonate de soude, sur la parotide, de faire des lavages de la bouche et de faire tous les jours l'expression de la parotide en appuyant doucement avec des tampons d'ouate.

Or, le lendemain, du pus commençait à s'écouler dans la bouche par le canal de Sténon, et la température, comme vous pouvez vous en rendre compte sur la feuille de température ci-jointe, descendait. Au bout de trois jours, la température était revenue à la normale.

Mais le quatrième jour, la température recommençait à monter,



et le soir du cinquième jour atteignait 39°8, pendant que du côté droit l'autre parotide se prenait, et l'inflammation de ce côté apparaissait beaucoup plus intense qu'elle n'avait été du côté opposé. En effet, il se produisait un œdème de toute la face, envahissant les paupières, fermant l'œil. Là encore, ce fut la grande surprise de mes internes de me voir me refuser à toute intervention, et de me contenter de traiter cette parotidite droite comme j'avais traité la parotidite gauche.

Or, comme le prouve cette courbe, vous voyez que la marche de l'affection me donna raison. Encore de ce côté nous vîmes, au bout de quarante-huit heures, le pus s'écouler par le canal de Sténon, et, peu à peu, sous l'influence des pansements antiseptiques et de l'expression journalière, tout rentrait dans l'ordre. Cette pauvre femme est guérie de sa double parotidite, tout en restant cachectique et dans un état très précaire, étant donnés les progrès faits par l'épithélioma dont elle est atteinte.

Comme vous le voyez, cette observation est, je le répète, très

démonstrative. Car il s'agissait là d'une parotidite d'une intensité peu ordinaire chez une cachectique ; nous nous trouvions dans les conditions où M. Picqué, l'autre jour, disait qu'il fallait, dans ces cas, intervenir. Nous ne sommes toutefois pas intervenus, et nous nous en félicitons, car je doute qu'une intervention, si minime qu'elle fût, ait été bien supportée par cette malade, et ait donné un aussi bon résultat.

Avec l'incision, je le répète, à moins de délabrements considérables, d'où des cicatrices et des paralysies faciales possibles, vous ne pouvez avoir la prétention de vider une parotide, dont chaque acinus, infecté par l'infection ascendante canaliculaire, comme l'a montré Claisse, comme le disait de nouveau M. Legueu, contient des petites collections isolées.

J'ai ouvert comme vous de ces parotidites ; j'en ai vu mourir après cette intervention, mais j'en ai vu guérir ; et, dans ces cas de guérison, en voyant, quelques heures après mon incision, le pus s'écouler par le canal de Sténon, je me suis demandé bien souvent si c'était mon incision qui avait guéri, et si sans elle la malade n'aurait pas guéri. Je réponds aujourd'hui en affirmant que ce n'était pas mon incision.

A propos du traitement des parotidites.

M. Loison. — D'après mes souvenirs, j'ai peut-être observé trois ou quatre fois la survenance de parotidites dans le cours d'affections chirurgicales diverses, à la suite ou non d'opérations dirigées contre des lésions infectieuses.

J'ai toujours traité ces cas par l'enveloppement humide, et, sans plus faire, tout rentrait plus ou moins rapidement dans l'ordre.

Dernièrement, j'avais dans mon service, au Val-de-Grâce, un homme atteint d'un abcès froid profond de la joue gauche, ayant pour point de départ probable l'os malaire ; sous l'influence de ponctions suivies d'injections modificatrices, l'abcès guérit. Le sujet allait quitter l'hôpital, lorsqu'il fut atteint d'une parotidite gauche, avec forte tuméfaction de la région et légère rougeur des téguments, sans points fluctuants. J'appliquai un pansement humide, et le lendemain je constatai qu'en pressant sur la parotide on faisait sourdre du muco-pus par l'orifice buccal du canal de Sténon. J'employai alors simultanément l'enveloppement humide et le massage, et la tuméfaction de la glande disparut assez rapide-

ment. Il persista uniquement un gros ganglion induré, en arrière de l'angle de la mâchoire.

Ces parotidites catarrhales à exsudat muco-purulent sont susceptibles de guérir par le massage, par les pansements humides et même sans aucun traitement.

Mais il me semble en être tout autrement des parotidites phlegmoneuses vraies qui donnent naissance à des abcès enkystés, ou engendrent des abcès aréolaires multiples et disséminés dans tout le parenchyme glandulaire.

J'ai eu l'occasion d'en recueillir 9 observations dont 8 sur des malades en traitement pour fièvre typhoïde, à l'hôpital militaire de Tunis, dans le cours des années 1891, 1892 et 1893.

Je me contenterai de détacher du tableau représentant l'évolution typhoïdique, souvent longue et compliquée de suppurations diverses, le fragment d'observation qui a trait à l'incident parotidien.

Obs. I. — B..., 11e escadron du train, est traité pour fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, dont le début remonte au 20 juillet.

10 *août*. — On note du muguet sur la langue, le voile du palais et le pharynx.

23 *août*. — En avant de l'oreille droite, au-dessous du zygoma, existe une tuméfaction inflammatoire du volume d'une noisette, nettement fluctuante, paraissant siéger dans le prolongement jugal de la parotide. A gauche, tuméfaction de même nature, un peu plus petite, occupant un point symétrique. Une autre tumeur, plus dure que les précédentes, se trouve du même côté gauche, au-dessous et un peu en avant du lobule de l'oreille.

Ces foyers sont incisés ; ils paraissent siéger dans les lobules parotidiens et donnent issue à du pus crémeux dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence de staphylocoques.

30 *août*. — On ponctionne un nouveau foyer purulent situé au-dessous du lobule de l'oreille gauche et indépendant des autres.

Les plaies opératoires guérissent assez rapidement, mais le malade ne quitte l'hôpital que le 11 novembre, après avoir présenté différents foyers d'infection au niveau des muscles et des articulations.

Obs. II. — N..., 21e section d'infirmiers, est hospitalisé pour une fièvre typhoïde de gravité moyenne, dont le début remonte au 5 février.

1er *mars*. — Le malade, qui était apyrétique depuis trois jours, se plaint d'une douleur au-dessous du conduit auditif externe gauche et refait de la fièvre.

2 *mars*. — La parotide gauche est tuméfiée ; légère douleur au niveau de la parotide droite.

6 *mars*. — Les deux parotides sont volumineuses; angine de voisinage.

13 *mars*. — Le gonflement diminue; le malade accuse des élancements dans la parotide gauche.

14 *mars*. — On ponctionne un abcès situé au-dessous du lobule de l'oreille gauche; il s'écoule 15 à 20 grammes de pus crémeux. La sonde cannelée pénètre à une profondeur de 2 à 3 centimètres dans la parotide.

24 *mars*. — L'abcès est guéri et les régions parotidiennes ont repris leur aspect normal.

En même temps que l'inflammation parotidienne, le malade présenta une phlébite du membre inférieur gauche qui retarda sa sortie de l'hôpital jusqu'au 25 avril.

Obs. III. — F..., 13e d'artillerie, entre à l'hôpital le 28 *novembre* 1891, présentant un gonflement inflammatoire des régions parotidiennes et sous-maxillaires droites, d'origine indéterminée, et dont il fait remonter le début à une quinzaine de jours.

Je pratique une incision oblique allant du tragus à l'angle de la mâchoire. Il s'écoule du pus abondant, jaune verdâtre, paraissant provenir d'un phlegmon du tissu cellulaire; mais par la pression on voit le pus sourdre par gouttelettes séparées des lobules de la parotide.

30 *novembre*. — Je fais le pansement et pratique l'expression de la glande pour donner issue au pus par la plaie.

2 *décembre*. — Il s'écoule du pus par le conduit auditif externe droit; il provient de la parotide et sort à travers une perforation de la paroi antérieure du conduit. L'expression de la glande fait toujours sourdre du pus, en gouttelettes isolées.

3 *décembre*. — On ouvre une fusée purulente qui s'est produite vers le bas, dans la gaine du sterno-mastoïdien.

Pendant les jours suivants, les lobules glandulaires enflammés se vident successivement.

14 *janvier* 1892. — Cicatrisation des plaies. Sortie de l'hôpital.

Obs. IV. — P..., 4e zouaves, est atteint depuis le 5 juillet 1891 de fièvre typhoïde à forme adynamique.

6 *août*. — Gonflement de la région parotidienne droite.

8 *août*. — Une incision horizontale est faite au niveau d'un foyer de fluctuation occupant le prolongement antérieur de la parotide; il sort du pus épais.

10 *août*. — Deux incisions verticales séparées permettent d'ouvrir deux foyers purulents, l'un à la partie supérieure de la glande, l'autre à la partie inférieure; le premier a le volume d'un œuf de pigeon.

23 *août*. — La région parotidienne, qui avait commencé à s'affaisser les jours précédents, est à nouveau fortement tuméfiée. Avec la sonde cannelée plongée dans l'incision inférieure, on ouvre un nouveau foyer qui donne une cuillerée à café de pus crémeux.

27 *août*. — La région parotidienne droite reste toujours tuméfiée et indurée. L'amygdale droite est saillante et refoulée vers la ligne médiane. Parésie de la joue droite.

On prolonge en bas et un peu en arrière la petite incision faite antérieurement à la partie inférieure de la loge, entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien et le bord postérieur du maxillaire. L'aponévrose incisée, je fore un puits dans la glande avec la sonde cannelée et ouvre un foyer du volume d'un gros œuf de pigeon, occupant le prolongement pharyngien. Le petit doigt introduit fait sortir une grande quantité de pus et explore la cavité qui s'étend en avant jusqu'à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur, en arrière jusqu'à la paroi antérieure de la colonne vertébrale, en dedans jusque sous l'amygdale, en haut jusqu'au conduit auditif et en bas dépasse un peu le niveau de l'angle de la mâchoire.

29 *août*. — La parésie de la joue droite persiste.

31 *août*. — Les plaies suppurent moins; la région parotidienne est redevenue souple; la paralysie faciale a diminué. Le malade n'a plus de fièvre.

16 *septembre*. — Les plaies sont cicatrisées et la paralysie faciale a presque complètement disparu. Sortant.

Obs. V. — B..., 4e zouaves. Fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, dont le début remonte au 22 juillet 1891.

14 *août*. — Gonflement inflammatoire des deux régions parotidiennes, surtout de la gauche. Rougeur et œdème de la peau. Induration phlegmoneuse particulièrement au-dessous du lobule de l'oreille, en arrière de l'angle de la mâchoire. Pas de fluctuation.

15 *août*. — Incision verticale de 4 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille gauche. On tombe profondément sur un tissu d'apparence glandulaire, infiltré de gouttelettes de pus; on rompt avec la sonde cannelée les travées fibreuses de la glande, et, par expression digitale, on fait sourdre environ une cuillerée à café de pus phlegmoneux.

17 *août*. — La région parotidienne gauche est dégonflée; à droite au contraire la tuméfaction a augmenté. Même opération et mêmes résultats.

18 *août*. — Mort dans l'après-midi.

Autopsie. — Pyopneumothorax étendu du côté gauche.

Une incision verticale est faite à travers chaque parotide. De chaque côté, sur les tranches de section, on voit du pus infiltré en gouttelettes au milieu du tissu glandulaire et constituant une foule de petits abcès aréolaires disséminés dans toute l'étendue des glandes (anthrax des parotides).

A gauche, on trouve deux ou trois petits foyers, du volume d'une noisette, dans la partie centrale de la glande. Le prolongement pharyngien gauche est occupé par un abcès du volume d'un œuf de pigeon, ayant décollé les parties molles à la face interne du maxillaire inférieur, remontant en haut jusqu'à la base du crâne et s'étendant en dedans jusque sous la muqueuse du pharynx.

Obs. VI. — P..., 4e chasseurs d'Afrique, évolue une fièvre typhoïde, à forme adynamique, dont les premiers symptômes remontent au 26 septembre 1893.

11 *octobre*. — Tuméfaction et rougeur au niveau de la région parotidienne droite.

14 *octobre*. — Le côté gauche est envahi également et est plus gonflé que le droit.

16 *octobre*. — Fluctuation appréciable du côté droit, moins nette à gauche.

Une incision est pratiquée à droite, sur le prolongement du lobule de l'oreille, et s'étend à 3 centimètres vers le bas. Avec la sonde cannelée on défonce plusieurs petits foyers purulents. A gauche, par une incision un peu plus antérieure, on ouvre également plusieurs aréoles purulentes.

17 *octobre*. — Un mieux sensible s'est produit. On vide par expression quelques loges suppurées, au moment du pansement.

18 *octobre*. — Du côté droit, la suppuration est moins abondante et les foyers purulents se vident bien par la plaie. Du côté gauche, en pressant en avant du lobule de l'oreille, on fait sourdre par le conduit auditif externe une cuillerée à soupe environ de pus. Le reste de la glande se vide bien par la plaie.

21 *octobre*. — Le conduit auditif droit a également été perforé, et le pus s'écoule abondamment par le méat.

25 *octobre*. — La parotide gauche est souple et indolore; la plaie d'incision est presque cicatrisée; on fait encore sourdre un peu de pus par le conduit auditif, en pressant au-dessus et en avant du lobule de l'oreille.

A droite, la région parotidienne reste tuméfiée et la peau un peu rouge.

On ponctionne un foyer situé à 2 centimètres en avant du tragus; il sort une cuillerée à bouche de pus.

Ce ne fut que *fin novembre* que la cicatrisation fut complète à droite et à gauche.

Obs. VII. — L..., 4e zouaves, est soigné, depuis le 27 août, pour une fièvre typhoïde qui a revêtu une forme adynamique.

17 *septembre*. — Dans la matinée, on constate que le prolongement antérieur de la parotide droite est tuméfié et douloureux à la pression. Dans l'après-midi, le gonflement s'étant étendu à toute la partie antérieure de la glande, je pratique, à 2 centimètres en avant du lobule de l'oreille, une incision verticale qui descend à 3 centimètres vers le bas. Après ouverture de l'aponévrose, j'incise au thermocautère les lobules superficiels de la parotide. Avec la sonde cannelée, je dilacère le tissu glandulaire qui est rouge et infiltré, sans trouver de pus.

19 *septembre*. — Toute la région parotidienne est tuméfiée; la peau est rouge et chaude; il existe de l'œdème sous-cutané dur. Je fais le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien une incision verticale de 6 centimètres, partant du lobule de l'oreille. Je sectionne au thermocautère la surface de la glande, sur une profondeur de 1 centimètre environ, et creuse ensuite plusieurs puits d'exploration à la sonde cannelée. Je réunis les deux incisions verticales par une incision trans-

versale, passant à 2 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, et divisant également le tissu de la glande sur 1 centimètre environ de profondeur.

Ces incisions et les coups de sonde ont permis d'ouvrir une série de foyers purulents petits, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois.

22 *septembre*. — La région parotidienne dégonfle, de même que la joue et les paupières qui avaient été envahies par la tuméfaction. Par l'expression de la parotide, on fait sourdre sur les surfaces d'incision un grand nombre de gouttelettes de pus.

9 *octobre*. — La parotide est complètement dégorgée, les plaies d'incision granulent bien.

Vers le 20 *octobre*, la cicatrisation était complète, mais le malade eut, consécutivement à la parotidite, un volumineux abcès du creux ischio-rectal droit, puis un abcès sous-aponévrotique de la jambe gauche. Il ne quitta l'hôpital que le 30 *novembre*.

Obs. VIII. — B..., 4e zouaves, est en traitement pour fièvre typhoïde à forme adynamique, remontant au 27 août.

17 *septembre*. — Phlegmon gangreneux ischio-rectal gauche qu'on incise.

Le même jour, on note un gonflement très accusé de la région parotidienne droite, avec rougeur de la peau et œdème dur du tissu cellulaire sous-cutané. Pas de foyer de fluctuation.

Au thermocautère je pratique une incision verticale de 6 à 7 centimètres, parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, commençant en arrière du lobule de l'oreille et se terminant au-dessous de l'angle de la mâchoire.

J'incise dans une épaisseur de 1 centimètre environ le parenchyme glandulaire, de coloration rouge foncé, infiltré de liquides exsudatifs. Par la pression on ne fait sourdre aucune gouttelette de pus sur la surface de section.

Au-dessous du lobule de l'oreille, je fais tomber sur l'incision verticale une incision transversale de 4 centimètres, divisant la glande vers le milieu de sa hauteur et à une profondeur de 1 centimètre environ.

Par ces incisions on fait avec la sonde cannelée des ponctions du tissu glandulaire dans différentes directions, sans rencontrer de foyers purulents.

17 *septembre*. — Décédé.

Autopsie le 19 *septembre*. — On incise la parotide, et, à la pression des tranches de section, on fait sourdre de petites gouttelettes de pus disséminées et du volume d'une tête d'épingle. On ne trouve pas de pus collecté.

Obs. IX. — B..., 4e zouaves, est atteint, depuis le 10 décembre 1892, de fièvre typhoïde, à forme adynamique.

27 *décembre*. — Gonflement très douloureux de la région parotidienne droite; peau œdématiée.

28 *décembre*. — La tuméfaction de la région parotidienne droite a augmenté considérablement; l'œdème s'étend à la joue, à la région sous-maxillaire et aux régions temporales et frontales.

Mort dans la soirée du 28 *décembre*. — A l'autopsie, je pratique une incision sur toute la hauteur de la loge parotidienne droite. La glande, très tuméfiée, présente sur la coupe un aspect granité, avec points blancs sur fond rouge bleuâtre.

Les points blancs sont dus à du pus qu'on fait sourdre par la pression. Presque tous les acini de la glande contiennent une goutte de pus plus ou moins forte, mais on ne trouve nulle part de gros foyer purulent.

Dans les observations I et II, où il n'existait que des abcès isolés, peu nombreux et de volume moyen, on pouvait songer à une suppuration des ganglions intra-parotidiens par infection lymphatique, ou bien à une infection canaliculaire ascendante qui serait restée limitée à quelques lobules de la glande; tandis que dans les autres faits il semblait s'agir d'un infection canaliculaire diffuse, telle que l'ont bien décrite Claisse et Dupré.

Sans vouloir insister sur la symptomatologie et l'évolution de ces parotidites suppurées localisées ou diffuses, je me contenterai de mettre en vedette les quelques particularités que présente leur histoire clinique.

Dans cinq cas, l'inflammation fut unilatérale, et quatre fois elle occupa les deux glandes parotides.

Six malades guérirent et trois succombèrent.

Dans un cas, nous eûmes à constater le développement d'une paralysie faciale unilatérale qui persista après l'incision de la glande, mais régressa progressivement et à peu près complètement dans la suite.

Chez deux malades, malgré l'intervention chirurgicale, le pus se fit jour à travers une perforation de la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Ces suppurations de la parotide peuvent se ranger en deux groupes :

a) *Abcès localisés*, du volume d'une noisette, d'une noix ou davantage, au nombre de un, deux, trois ou quatre, siégeant en des points variables et pouvant occuper le prolongement pharyngien, comme chez deux de nos malades ;

b) *Abcès diffus aréolaires*, du volume d'une tête d'épingle à un pois ou une noisette, intéressant tous les acini glandulaires.

C'est au début de cette dernière forme que le tissu de la glande se présente à la coupe sous un aspect granité, avec points blancs sur fond rouge bleuâtre, les points blancs étant dus à du pus, plus ou moins liquéfié, qu'on fait sourdre par la pression.

Traitement. — L'incision me paraît devoir être le seul traitement de mise dans des cas de ce genre.

Si le pus est collecté, on recherchera la situation des foyers purulents par les moyens cliniques habituels et on les ouvrira en utilisant le bistouri pour sectionner les plans superficiels de la région, et la sonde cannelée pour dissocier les lobules glandulaires et pénétrer dans la profondeur, à la recherche de l'abcès.

Les incisions seront verticales en regard du corps de la glande et horizontales au niveau de sa partie antérieure, pour éviter de couper l'artère transversale de la face, certaines branches du facial et le canal de Sténon.

En présence de la suppuration diffuse, on devra se hâter de débrider la loge parotidienne aussi largement que possible : on pratiquera une incision verticale allant du tragus jusqu'au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, que l'on complétera au besoin par une incision horizontale antérieure, comme nous l'avons fait dans l'observation VIII, ou même on incisera en forme de H (observation VII).

Après section de l'aponévrose, il faudra inciser la glande elle-même au thermocautère ou au bistouri, mais ne pas pénétrer à plus de un centimètre environ de profondeur, et en progressant lentement, pour éviter la section des vaisseanx et des nerfs qui traversent le tissu parotidien.

On ouvrira ainsi un certain nombre d'abcès aréolaires, puis on abandonnera le bistouri pour la sonde cannelée, avec laquelle on pratiquera dans différentes directions des puits d'exploration qui pourront devenir des cheminées d'évacuation si on rencontre le pus.

Les tranchées et les puits une fois creusés, il sera nécessaire, immédiatement et les jours suivants, de pratiquer le massage de la parotide, et, par des pressions centripètes, d'exprimer le pus infiltré et de le faire sourdre à l'extérieur par la plaie opératoire.

Anévrisme brachio-céphalique.

M. Guinard. — Le rapport de M. Lejars, sur une observation de M. Riche concernant une mort rapide après la ligature de l'artère axillaire et de la carotide primitive, remet en question la gravité ou l'innocuité de la ligature de la carotide primitive au point de vue des accidents cérébraux immédiats. Vous savez que cette question me passionne depuis quinze ans : ce sera mon excuse de prendre de nouveau la parole sur ce sujet, qui paraissait

épuisé après notre discussion de 1904 (p. 686 et p. 672 de nos Bulletins). On me pardonnera d'autant plus aisément, je pense, que je vais insister sur un point de pratique très important selon moi, et qui, si je me reporte à l'observation de M. Riche, n'est pas connu de tous les chirurgiens. Je m'explique.

La question est la suivante : la ligature de la carotide *primitive* peut-elle donner lieu à des accidents cérébraux *immédiats*, c'est-à-dire débutant au moment même où on serre le fil (hémiplégie, crises épileptiformes, coma)?

A cette question, j'ai répondu ici même, en 1904, par la négative : je crois la ligature de la carotide primitive innocente, ai-je dit, *pourvu que les voies anastomotiques soient intactes*. Je le répète, il n'est pas question ici de ligature septique ou aseptique; il ne s'agit que d'accidents physiques, mécaniques, de troubles d'ischémie encéphalique, se produisant au moment où on serre le fil à ligature. (Pour les accidents cérébraux tardifs, tout le monde admet, depuis la démonstration que j'en ai donnée, qu'ils sont dus à de l'infection.)

Cette proposition souleva un tolle presque général. Chacun fouilla dans ses souvenirs et apporta des faits à la tribune. Or, aucun de ces faits ne rentrait dans les conditions que je demandais, à savoir l'*intégrité des anastomoses des deux systèmes carotidiens*. Chez son malade, M. Faure avait enlevé le maxillaire, lié la faciale et la linguale, détruisant ainsi la grande voie anastomotique d'une carotide externe à l'autre.

Pour le cas de M. Quénu, il s'agissait d'une récidive d'épithélioma de la bouche dans les ganglions du cou : M. Labbé avait enlevé antérieurement « l'épithélioma de la bouche »; ici encore, la communication entre les deux carotides externes était précaire ou interrompue. Enfin M. Reynier nous a cité de mémoire un accident cérébral immédiat après une ligature de la carotide *interne*, accident survenu dans son service au chirurgien de garde. Là, je fais remarquer que nous ne sommes plus dans la question. Je parle de la carotide primitive et non de la carotide interne. Il est clair qu'au point de vue de l'irrigation encéphalique, la ligature de la carotide interne est plus anémiante que celle de la carotide primitive, puisqu'elle supprime tout le sang venant de la carotide externe du côté opposé. Lier la carotide interne équivaut à lier la carotide primitive, et à lier aussi la linguale et la faciale, comme dans les deux cas cités plus haut.

Reste l'observation de M. Chavasse, à laquelle je n'ai fait allusion en 1904 qu'avant de l'avoir lue dans tous ses détails, parce qu'elle ne nous a été présentée *in extenso* qu'à une séance ultérieure (le 6 juillet 1904, p. 714). Au moment où M. Chavasse serrait

son fil, survinrent des crises d'épilepsie jacksonienne, et le malade succomba dans la soirée. Mais attendez : c'était un Arabe de vingt ans, qui avait reçu un coup de feu à bout portant, et voici les lésions qu'il présentait : « Les parties molles de la région latérale droite du cou, dit M. Chavasse, l'extrémité inférieure de la glande parotide et la glande sous-maxillaire en entier sont dilacérées, le sterno-mastoïdien est emporté, dans sa partie moyenne; la plaie arrive jusque sur le bord du larynx, et là s'est produit un décollement avec un éclatement de la peau qui remonte jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure, fendue dans toute sa hauteur sur le côté gauche du menton. La partie moyenne du maxillaire inférieur a disparu, emportée par la charge... L'os hyoïde est fracturé et sa grande corne droite a disparu... L'aspect des lésions est véritablement effrayant... ». Et notez que c'est après sept jours seulement que la ligature de la carotide a été faite, pour parer à des hémorragies incessantes qui menaçaient gravement la vie du blessé. Qui pourra s'étonner après cela que cette ligature ait pu déterminer des accidents cérébraux immédiats? N'y avait-il pas là réunies les deux conditions les plus mauvaises que j'ai signalées (1904, p. 693), c'est-à-dire : 1° les grandes hémorragies qui diminuent la tension artérielle, et 2° la destruction de la voie anastomotique intercarotidienne externe?

Cette voie anastomotique d'une carotide externe à l'autre est considérable, et quand elle est intacte, *la moitié* du sang de la carotide primitive gauche vient, par cette large voie linguo-faciale, remplir la carotide interne droite et irriguer l'hémisphère cérébral droit. Il est facile de s'en assurer en poussant une injection de bas en haut par la carotide primitive gauche, après avoir lié la carotide primitive droite. L'injection passe instantanément de la carotide externe gauche dans la droite par la linguale, la faciale, etc., et de la carotide externe droite dans la carotide interne droite et la sylvienne.

D'ailleurs, M. Lejars, après un travail bibliographique soigné et fait suivant sa méthode coutumière, sans autre parti pris que d'arriver à la vérité, vint ici avec une statistique de mille cas (exactement 997) de ligature de la carotide primitive, démontrer que, dans presque tous les cas malheureux, « les accidents et l'issue trouvent leur explication dans une affection surajoutée, ou dans les conditions spéciales de l'intervention : affection du cœur ou des vaisseaux, anémie aiguë, ligature des *deux* carotides, etc... » (Lejars, 1904, p. 688).

Bref, nous en étions là, et la conclusion qui semblait s'imposer après notre discussion de 1904 était bien comme je l'avais dit tout d'abord, « que chez un sujet dont les deux systèmes caroti-

diens et vertébraux sont sains, la ligature de la carotide primitive ne donne pas d'accidents cérébraux au moment où on serre le fil » (1904, p. 693).

Dans une très remarquable thèse toute récente, le Dr de Fourmestraux (de Chartres) était arrivé aux mêmes conclusions. « Les accidents cérébraux immédiats, dit-il, présentent une extrême rareté » (p. 18). Malgré des recherches très consciencieuses, il n'a trouvé que les cas que j'ai cités plus haut. Il ajoute (p. 19) : « L'existence de ces accidents est si rare qu'elle a été contestée avec une grande apparence de raison. »

Je dirai que si M. de Fourmestraux avait pensé à l'intégrité nécessaire des voies anastomotiques, il aurait pu éliminer même ces cas-là, comme je viens de le faire. Je faisais remarquer lundi dernier à mes élèves, en enlevant une langue après ligature de la carotide externe, combien l'hémorragie était abondante. Cela montre bien l'importance du courant sanguin qui va d'une carotide à l'autre, courant qu'on interrompt dès qu'on lie la faciale et la linguale pour une raison quelconque.

Mais voici que M. Lejars vient nous rapporter une observation de M. Riche qui, à première vue, semble absolument contraire à ma proposition. Le malade ici remplit les conditions que je demandais. Il est porteur d'un anévrisme brachio-céphalique; la carotide gauche, soigneusement examinée, bat parfaitement : et pourtant « le malade (après la ligature de l'axillaire et de la carotide primitive) est reporté dans son lit à dix heures trois quarts; à onze heures il est dans le coma... la mort survient à midi ».

Eh bien, malgré toutes les apparences, je ne suis pas encore convaincu, au risque de sembler apporter dans cette question une obstination niaise indigne de vous et moi. Et si je prends la parole, c'est qu'un point capital de l'observation de M. Riche n'a pas été mis en lumière. M. Riche *a lié l'axillaire avant de lier la carotide primitive.* Or, je crois qu'il est absolument nécessaire de lier en premier lieu la carotide. C'est là un précepte qu'il ne faut pas perdre de vue dans cette opération. Si on commence par lier la sous-clavière ou l'axillaire, ce qui est à peu près la même chose au point de vue mécanique, que se passe-t-il du côté de la poche anévrismale? Je n'en sais rien au juste : mais assurément, il y a dans cette poche un déséquilibre immédiat et brusque, un changement de statique, un remous, qui peut chasser dans la carotide primitive une embolie fatale. Pareil fait se produira, me dira-t-on, si on lie d'abord la carotide : mais alors l'embolie sera projetée du côté de la sous-clavière, où elle ne saurait provoquer des accidents comparables à ceux des embolies cérébrales.

Et j'en reviens à ce que je disais en 1904 : je demande qu'on

nous apporte une observation dans laquelle la ligature de la carotide primitive *faite avant ou sans la ligature sous-clavière ou axillaire* a causé des accidents cérébraux immédiats.

Et au point de vue pratique, pour cette merveilleuse opération de la « ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière » pour la cure des anévrismes de la base du cou, j'insiste sur ce détail de technique qui selon moi est très important : *il faut toujours commencer l'opération par la ligature de la carotide*, pour que l'excès de tension, le remous, produits dans la poche anévrismale par la ligature de la sous-clavière, et aussi pour que les manœuvres du lavage et du brossage de la peau sur la région claviculaire, proche de l'anévrisme, ne risquent pas de mobiliser un embolus du côté de l'encéphale. J'ajoute même qu'on doit avoir soin, en aseptisant la peau pour la ligature de la carotide primitive, de prendre les plus grandes précautions pour ne pas malaxer la poche anévrismale. M. Riche n'a pu malheureusement faire l'autopsie de son opéré : mais je crois bien que s'il l'avait faite, il aurait trouvé une embolie sylvienne partie de la poche anévrismale. Il me paraît, dans tous les cas, logique de commencer cette opération, comme je l'ai dit, en supprimant toute communication entre la poche et l'encéphale. Et ce rapport excellent de M. Lejars n'aura pas été inutile s'il a été l'occasion de mettre en lumière ce précepte que je considère comme capital dans la cure des anévrismes de la base du cou par la méthode de Brasdor.

Et si j'insiste ainsi, c'est que ce précepte n'est assurément pas très connu, puisqu'il a pu échapper à un chirurgien de la valeur de notre collègue M. Riche.

Ces réflexions faites sur l'observation de M. Riche, je souscris sans réserve aux conclusions si prudentes de M. Lejars : « La ligature carotidienne a perdu presque tous ses dangers, mais il est sage de réserver encore une part, si petite soit-elle, aux mauvaises chances d'un dénouement imprévu et de ne pas conclure à une bénignité absolue. » Je laisse ainsi une petite part aux anomalies artérielles, à la rigueur possibles. J'en dirais d'ailleurs autant de n'importe quelle opération.

M. Quénu. — Je trouve que M. Guinard a éliminé un peu rapidement l'observation que j'ai citée jadis dans laquelle des accidents cérébraux immédiats ont suivi la suite de la ligature de la carotide primitive. Mon malade, opéré plusieurs mois antérieurement par M. Labbé, pour un épithéliome de la bouche, avait eu une récidive dans les ganglions du cou qui s'ulcérèrent. Je fus appelé d'urgence et trouvai les internes appuyant à tour de rôle

sur une éponge appliquée contre l'ulcération du cou et par où, suivant leurs renseignements, s'était échappé un jet artériel. Les internes continuant leur compression, j'incisai au-dessous de leurs doigts, mis à découvert la carotide primitive et plaçai mon fil. Avant de serrer, je fis cette réflexion : Que va-t-il se passer? Je serrai, et immédiatement le malade tomba dans un coma dont il ne se releva plus. On ne peut réellement invoquer ici une altération de la circulation inter-carotidienne, parce qu'on avait pu lier une faciale six mois ou un an auparavant. Aucune ligature préalable de la carotide externe n'avait été pratiquée.

Avec plus de raison pourrait-on invoquer l'état d'anémie dans lequel les hémorragies avaient plongé mon malade. On peut dire qu'une tension cérébrale déjà affaiblie par les hémorragies subit du fait de la ligature une diminution telle qu'elle fut suffisante pour déterminer une anémie cérébrale brusque et grave. Il faut donc ne pas écarter absolument cette possibilité d'accidents immédiats à la suite de la ligature de la carotide primitive. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces accidents ne semblent se produire que dans des conditions particulières et que les hémorragies antérieures comptent parmi ces conditions.

M. Moty. — J'ai eu l'occasion de faire en février dernier la ligature de la carotide primitive gauche pour une hémorragie pharyngée consécutive à un abcès rétro-amygdalien spontanément ouvert dans le pharynx. Le malade avait eu trois hémorragies consécutives dans la nuit, et sa situation semblait désespérée quand je le vis à cinq heures et demie du matin : peau froide, pouls difficile à sentir. Cocaïnisation immédiate, mise à nu du paquet carotidien par l'incision classique, isolement de l'artère et double ligature au catgut sans section du vaisseau. Sous l'influence du sérum artificiel le malade se relève assez rapidement, l'hémorragie ne se reproduit pas, et, au bout de quarante-huit heures, tout danger semble écarté sans qu'aucun phénomène cérébral eût pu être noté au moment de la ligature.

La guérison suivit son cours normal; la fièvre, qui était peu élevée, disparut au bout de quelques jours, mais dix à douze jours après l'intervention, on me rend compte que le malade a été atteint dans la journée d'amaurose brusque totale de l'œil gauche sans autre symptôme; je diagnostiquai une amaurose hystérique, en raison de l'absence de signes ophtalmoscopiques importants d'après l'examen de MM. les médecins-majors de 1re classe Guibal et Delporte, et la vision reparut en effet le lendemain aussi rapidement qu'elle avait disparu la veille.

En somme, malgré la faiblesse du malade au moment de l'opé-

ration, aucun phénomène particulier n'apparaît au moment de la ligature, et ce fait est d'autant plus significatif que les pulsations de la faciale et de la temporale gauches observées pendant les deux mois qui suivirent, ne furent réellement perceptibles que quinze jours après l'intervention et restaient encore très faibles au moment où le malade reprit son service après deux mois de congé; cette observation vient donc à l'appui des idées soutenues par notre collègue M. Guinard.

Sur l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille.

M. Paul Reynier. — Après l'intéressant rapport de mon ami Picqué, j'avais demandé la parole; je n'avais l'intention que de dire quelques mots pour appuyer en grande partie les conclusions du rapporteur, et j'avoue qu'aujourd'hui ce n'est presque qu'en hésitant que je monte à la tribune, trouvant qu'en me donnant la parole un mois après, on donne bien de l'importance à cette discussion, dans laquelle nous sommes tous à peu près d'accord, et qui aurait peut-être gagné à être terminée dans la même séance.

Nous sommes tous, en effet, d'avis avec MM. Berger, Picqué, Legueu, Lejars, que quand le projectile est resté dans l'oreille et qu'il est encastré soit entre la pyramide et la mastoïde, ou qu'il a pénétré dans le rocher, il vaut mieux intervenir, et qu'il ne faut pas abandonner ce projectile à cause des accidents d'infection intérieure auxquels il expose. Et je suis persuadé que M. Chauvel, qui autrefois plaidait pour la temporisation, serait d'accord avec nous pour intervenir, aujourd'hui que nous disposons pour ces interventions de moyens de recherches que nous n'avions pas autrefois, tels que la radiographie.

Celle-ci, en effet, nous permet non seulement de localiser les projectiles, mais, avec les appareils de Remy ou celui de Contremoulins, nous guide avec une grande sécurité dans leur recherche, nous évitant les opérations à grand délabrement.

Le projectile localisé dans l'oreille, se pose l'indication de la voie pour y arriver.

Or, ayant eu relativement assez souvent à intervenir dans des cas pareils, je voulais faire remarquer à M. Picqué qu'on ne peut ainsi théoriquement donner un manuel opératoire, qui se modifiera suivant chaque cas particulier. Tout au plus peut-on donner quelques règles de conduite pour ces interventions.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le plus souvent, si j'en juge par ma pratique personnelle, le coup de feu dans l'oreille

avec des revolvers d'occasion, n'occasionne pas des désordres aussi graves qu'on pourrait le supposer, et dans la grande majorité des cas la balle va se loger entre la pyramide et la mastoïde — surtout, quand, ce qui est le cas habituel, le coup de feu a été tiré dans l'oreille droite. — La position qu'on donne fatalement au pistolet, qui se trouve dirigé un peu obliquement, la gueule du canon tournée vers l'apophyse mastoïde, explique le fait.

Sur mes six cas, j'ai trouvé cette balle une fois dans le conduit auditif, d'où je pus l'extraire avec une pince, deux fois logée dans l'apophyse mastoïde, une fois ayant coupé le nerf facial et déterminé une paralysie, une fois coincée entre le rocher et l'apophyse mastoïde, et une fois s'étant engagée dans le rocher, l'ayant fait éclater et s'étant portée vers la caisse en effondrant la paroi du conduit. Une fois enfin, et il s'agissait d'un gaucher qui s'était tiré dans l'oreille gauche, la balle avait pénétré, traversant les parois du conduit auditif en avant, dans la fosse ptérygomaxillaire.

Or, pour les quatre derniers cas, la radiographie, à laquelle j'avais eu recours a été très utile pour localiser le projectile.

Sauf dans le dernier cas, où j'utilisai la voie préauriculaire avec succès, me guidant sur ce que m'indiquait la radiographie, dans les quatre autres cas j'ai enlevé la balle par la voie rétroauriculaire.

Je faisais une incision dans le sillon de l'oreille comme pour la trépanation de l'antre, incision que je prolongeais en haut, contournant le pavillon de l'oreille.

Je décollais tout le conduit auditif cartilagineux, le rejetant en avant, mettant ainsi à découvert la face antérieure de la mastoïde et la caisse. Deux fois, par cette manœuvre, j'arrivai presque de suite sur le projectile.

Une fois, la balle étant plus profonde, me guidant avec l'appareil Trouvé, il me fallut, avec la gouge à main et le ciseau, agrandir son trajet; j'arrivai ainsi à faire sauter le toit de la caisse et la partie écailleuse de la mastoïde, qui est sur le prolongement de l'apophyse zygomatique.

La dure-mère fut mise ainsi à nu, et j'arrivai dans la fosse cérébrale moyenne, au-dessus de la face antéro-supérieure du rocher, Or, cette face était à sa base éclatée, et, en dégageant les esquilles, je mis à découvert la balle, que je retirai.

J'ai fait là à peu près l'opération dont parlait M. Picqué. Mais ce n'était pas une opération réglée, car je me suis surtout laissé conduire par le trajet de la balle; et je crois que dans la grande majorité des cas c'est ce qui arrivera.

En faisant systématiquement des incisions à la gouge, vous risquez dans cette région d'aggraver les lésions et de détruire des

organes que la balle a épargnés, tels que les canaux semi-circulaires, dont je crains toujours la lésion, car elle détermine par la suite des accidents autrement graves que ceux que pourrait occasionner la conservation de la balle.

Pour me résumer, je crois que dans la grande majorité des cas le décollement de l'oreille et son rejet en avant suffiront pour permettre l'exploration et même les manœuvres complémentaires que nécessite l'extraction de la balle quand la radiographie a montré qu'elle s'est dirigée et qu'elle s'est coincée entre la mastoïde et le rocher, ou que dans cette direction elle a pénétré plus loin. J'ajoute que l'appareil Trouvé rend de très grands services, qu'il peut être stérilisé, et que sa sonnerie, quand le stylet rencontre la balle, vous donne une certitude qu'on est heureux d'avoir en pareille circonstance.

M. Schwartz. — La discussion sur ce point important de chirurgie était en cours, quand rentra dans mon service, le 31 octobre 1907, un blessé que j'avais déjà soigné en avril dernier.

Le 5 avril 1907, il se tira à peu près à bout portant un coup de revolver, calibre 7, dans l'oreille. Il fut apporté dans notre service. Nous trouvons un blessé relativement peu touché comme état général; aucun phénomène cérébral. Pas d'hémorragie sérieuse, mais un suintement de sang peu abondant par un orifice qui intéresse la peau de la paroi antérieure du conduit auditif externe, qui est refoulée par un gonflement étendu qui interdit toute exploration de l'oreille externe. Le blessé ne peut ouvrir facilement la bouche, par suite de violentes douleurs dans les mouvements de la mâchoire inférieure; il a un peu de diminution de l'acuité auditive, et entend la montre à 4 à 5 centimètres du conduit. Le blessé ne souffrant que peu, ne saignant pas, n'ayant aucun signe de pénétration cranienne, et l'exploration, avec un stylet, de la plaie, ne me donnant aucun renseignement, je remets la recherche du projectile à plus tard, quand on pourra faire une radiographie.

Je me suis trouvé plusieurs fois très bien de l'emploi de l'appareil de Trouvé pour la recherche des projectiles profonds, mais je ne pus me le procurer facilement. Toujours est-il que le blessé se trouvant bien quitte l'hôpital, après qu'une radiographie nous a montré que la balle siégeait dans le temporal, immédiatement en avant du conduit auditif externe. Il nous promet de revenir s'il ressent le moindre inconvénient de la présence du projectile. La plaie s'est fermée et il n'y a plus aucune suppuration.

Nous ne le voyons plus jusqu'au 31 octobre dernier. Il nous revient parce que, dit-il, il souffre de la tête, qu'il a des troubles

bizarres de perte de mémoire, de changement de caractère. Il demande que je lui enlève sa balle.

Je fis faire par M. Infroy une nouvelle radiographie, en le priant de marquer ses points de repère de façon à trouver facilement le projectile. C'est ce qui fut fait.

Vous pouvez voir d'après la radiographie que la balle était logée dans le temporal, en avant du conduit auditif, presque immédiatement derrière l'articulation temporo-maxillaire; elle envoie un prolongement vers le haut, le plomb s'étant déformé contre l'os.

Une incision faite en avant du conduit me conduit profondément jusque sur le muscle temporal, qui est sectionné au niveau de son tendon et suivant sa direction.

Profondément encastrée dans l'os, au-dessous du muscle, je vois la balle, qui tranche, par sa face noire, sur la périphérie. Avec une gouge, je la mobilise, et parviens à l'extraire très facilement avec une pince de Kocher. Vous pouvez vous rendre compte de sa déformation par division en deux parties, dont une s'est enfoncée verticalement dans l'os. Trois points de suture sur la peau; drainage avec une petite mèche de gaze pendant vingt-quatre heures. Réunion immédiate, etc.

Voici un cas, certes, où, quoique la balle eût pénétré dans l'oreille, j'aurais eu tort d'aller la chercher de parti pris par la région pétro-mastoïdienne. C'est dire qu'il ne doit y avoir aucune formule absolue, quand il s'agit de la recherche des projectiles dans le rocher; après s'être rendu compte de leur emplacement exact, et cela n'est pas souvent possible immédiatement après la blessure, il faut les chercher par la voie qui conduit le plus facilement et le plus directement sur eux. Ce sera le plus souvent par derrière qu'il faudra passer, je le veux bien, mais enfin la voie antérieure peut être utile aussi, comme le montre notre cas.

Rapport.

Tumeur para-intestinale, par M. Robert Proust.

Rapport par M. Lejars.

L'observation que nous a lue, le 30 octobre dernier, M. Robert Proust, nous ramène à l'intéressante question des tumeurs inflammatoires de l'abdomen qui simulent le néoplasme, autrement

dit de ces phlegmons chroniques juxta-intestinaux, de ces péritonites localisées, chroniques et scléreuses, qui revêtent l'aspect physique du cancer, qui provoquent des accidents de compression ou d'obstruction, s'accompagnent d'une déchéance suspecte de l'état général, et demeurent souvent, même après l'intervention, d'une interprétation fort malaisée. Il arrive que l'examen histologique, ou encore que l'observation ultérieure permettent seuls de venir au diagnostic : les faits de ce genre ne sont pas très rares ; ils valent, certes, qu'on les étudie.

Dans le cas de M. Robert Proust, l'évolution des accidents et les conditions dans lesquelles ils s'étaient successivement produits, laissaient, en réalité, peu de vraisemblance à l'hypothèse d'un néoplasme vrai ; mais, la tumeur en main, on ne peut rien conclure, et finalement l'entérectomie fut pratiquée. Il s'agissait d'une femme de trente-deux ans, dont les antécédents ne présentaient rien de particulier, qui avait eu deux grossesses normales et une fausse couche de deux mois, et qui avait commencé à souffrir du ventre en juillet 1905 ; on ne sait rien de très précis sur cette première période ; mais, en septembre 1905, une laparotomie était faite, dans un des services de l'hôpital Saint-Antoine, et les deux ovaires enlevés.

Ce fut le début d'une longue série de complications qui ne devaient finir qu'un an après, par l'opération de M. Proust. La malade avait quitté l'hôpital avec une plaie incomplètement cicatrisée : deux mois plus tard, en décembre, au cours d'un éternuement, la paroi se rompt au niveau d'un point non encore réuni, un peu d'épiploon prolabe au dehors. Ramenée à l'hôpital avec un début de péritonite, la malade subit une nouvelle opération, et la paroi réparée guérit en trois semaines. Nouvelle sortie. Mais, depuis lors, des douleurs lancinantes ne cessent de se faire sentir surtout dans le flanc gauche : à ce niveau, une grosseur paraît, du volume d'une noix d'abord, et qui s'accroît de plus en plus ; de la fièvre se montre (jusqu'à 40 degrés). Après un stade d'accalmie, les douleurs reprennent, et, en mai 1906, la malade entrait à l'hôpital Broca : on constatait alors, du côté gauche du ventre, une tumeur manifeste, qu'on pouvait saisir entre les deux mains.

La troisième laparotomie est pratiquée le 2 juin 1906, par M. le professeur Pozzi : le ventre ouvert, on découvre que la tumeur du flanc gauche est constituée par l'épiploon adhérent; on le décolle et le résèque, après ligature.

Le 7 juillet, l'opérée rentre chez elle; le 17, elle revenait : elle souffre toujours du côté gauche, elle a eu de la fièvre; « à la palpation, on sent un gâteau très dur, assez superficiel, dans le flanc gauche, plus profond à mesure qu'on se rapproche de la fosse

iliaque. Il s'étend à droite, un peu au delà de l'ombilic, en bas, jusqu'à une ligne horizontale partant de l'épine iliaque antéro-inférieure. Il semble que, dans sa partie inférieure, cette masse soit globuleuse ».

Ce fut dans ces conditions que M. Proust intervint de nouveau, le 3 août (c'était la quatrième laparotomie). Il incisa sur le bord externe du droit. « A l'exploration de l'abdomen, écrit-il, on rencontre, au niveau de l'angle gauche du côlon, une masse du volume d'une grosse noix, dure, et au contact de l'intestin, qu'on tâche d'extérioriser. A ce niveau sont de nombreuses adhérences intestinales. Après les avoir libérées, on constate que la tuméfaction est située dans l'épaisseur du mésocôlon transverse et complètement adhérente au côlon, dont elle réduit la lumière. Macroscopiquement, il est difficile de dire s'il s'agit d'une infiltration tuberculeuse ou néoplasique. » On pratique la résection du côlon sur une étendue de 10 centimètres environ, et on fait l'anastomose en canon de fusil.

La malade guérit simplement et sort le 1er septembre. Elle a été revue en octobre dernier, treize mois après la dernière intervention; elle ne souffre plus et se plaint seulement d'une volumineuse éventration médiane.

A l'examen de la pièce, on constate que l'intestin est de calibre normal, sauf en un point où un éperon saillant le rétrécit des deux tiers environ; cet éperon correspond exactement à une tumeur, grosse comme une noix, développée au contact des tuniques intestinales, au point où l'épiploon se fusionne avec le mésocôlon transverse. Sur une coupe, cette tumeur, d'un gris rosé, assez nettement limitée, vient au contact immédiat de la paroi intestinale, sensiblement épaissie à ce niveau, mais elle ne se fusionne pas avec elle. L'analyse histologique a montré que les lésions de la paroi intestinale, épaissie, au niveau de l'éperon saillant dans la cavité, sont constituées par de l'inflammation ancienne et de la sclérose, sans aucune trace d'un processus néoplasique quelconque; quant à la tumeur, elle est formée de tissu scléreux, très vasculaire, englobant des lobules adipeux disséminés; ce tissu est le siège d'une inflammation extrêmement marquée; il est riche en vaisseaux dilatés, gorgés de sang, et criblé de leucocytes, en majorité des polynucléaires; on ne trouve, d'ailleurs, ni cellules géantes, ni bacilles, ni rien qui rappelle la tuberculose; il s'agit, en somme, d'une tumeur para-intestinale, qui ressemble absolument à un noyau d'épiploïte.

On ne saurait nier que l'évolution des accidents, leur origine, leur succession, les accès fébriles, les lésions épiploïtiques relevées au cours de l'avant dernière laparotomie, ne fussent, ici, de

très précieuses indications cliniques, susceptibles d'éclairer le diagnostic et de faciliter l'interprétation exacte de la tumeur para-intestinale. Cette tumeur, même à l'examen direct, ressemblait à du cancer ou à de la tuberculose, mais nous savons bien que pareille similitude d'aspect, de siège, de forme, de consistance, n'est pas exceptionnelle dans les néoformations purement inflammatoires de l'abdomen, et, dans le cas présent, tout le processus témoignait en faveur de cette dernière hypothèse. M. Proust ne s'arrêta pas, d'ailleurs, à un diagnostic ferme ; la tumeur lui parut suspecte, elle intéressait et rétrécissait l'intestin : il crut devoir pratiquer la résection. Peut-être cette exérèse n'était-elle pas absolument nécessaire, d'autant plus qu'aucun désordre intestinal n'est signalé dans l'observation, et la libération de l'angle colique adhérent eût peut-être suffi, comme le fait s'est réalisé plusieurs fois ; devant la nature imprécise du pseudo-néoplasme, notre collègue a pris le parti radical, et son opérée a guéri définitivement. La critique servirait peu ; mieux vaut enregistrer ce nouvel exemple, le joindre à ceux que la pratique courante nous fournit assez souvent, et, par l'analyse de ces tumeurs suspectes, chercher à les mieux reconnaître, pour leur appliquer, le cas échéant, le traitement qui leur convient.

Or, la besogne est malaisée, car, dans toutes les régions de l'abdomen, ces tumeurs inflammatoires se présentent sous des formes parfois fort décevantes ; chez le malade de M. Proust, il ne s'agissait, en somme, que d'une similitude d'aspect macroscopique et d'accidents relativement récents et d'allure, au moins, subaiguë : la question est autrement complexe dans les cas réellement chroniques, d'origine incertaine, et lorsque la déchéance de l'état général vient apporter son appoint à l'hypothèse néoplasique. Je ne veux que rappeler aujourd'hui les faits de péri-colite adhésive sténosante que M. Potherat rapportait ici l'an dernier, et ceux que [M. Hartmann a publiés de son côté, et je tiens à signaler, à ce propos, l'importante étude de M. Okinczyc sur les tumeurs inflammatoires des côlons ; j'ai étudié pour ma part, en 1906, ces tumeurs pseudo-néoplasiques de l'abdomen, et, sans reprendre les faits que je relatais alors, je vous demande la permission de vous en soumettre quelques autres.

L'un d'eux est celui d'un vieillard de soixante-quinze ans, auprès duquel je fus appelé, il y a plus de deux ans, pour des accidents de pseudo-occlusion intestinale ; depuis plusieurs mois, il souffrait d'une constipation opiniâtre ; jamais il n'avait, d'ailleurs, rendu de sang par l'anus. Le ventre était fortement météorisé, mais peu tendu, très sensible au palper, surtout dans la moitié gauche ; le toucher rectal ne donnait rien ; par la fosse

iliaque gauche, on sentait profondément une sorte de tuméfaction mal limitée, et superficiellement un gâteau épais, un peu rouge et fluctuant à sa partie centrale. Il y avait là, suivant toute vraisemblance, un abcès stercoral en voie de formation. J'incisai à ce niveau : j'ouvris une cavité noirâtre, d'où sortit un peu de liquide sanieux et des gaz, et, dans le fond, j'aperçus l'intestin, l'S iliaque, adhérent et perforé ; dans la journée et le lendemain, les matières fécales s'écoulèrent par la plaie et les accidents de stase stercorale cessèrent. Il restait cette masse profonde, indurée, et nous pensions avoir affaire à un néoplasme intestinal fistulisé ; or, l'état général, alors très précaire, s'est relevé peu à peu, l'anus contre nature s'est réduit à une fistule étroite, qui ne donne passage qu'à une petite quantité de liquide, les selles sont redevenues à peu près régulières, toute la région s'est assouplie — et ce mieux-être date de plus de deux ans. La preuve directe nous manque pour conclure, mais il est permis de dire que ce n'est point là l'évolution d'un cancer, et d'un cancer adhérent et fistulisé.

Cette preuve directe, nous l'avons eue, aussi nette que possible, dans la seconde observation que voici ; et l'histoire de cette malade, que j'ai suivie de près et deux fois opérée, est, au point de vue qui m'occupe, une des plus frappantes qu'il m'ait été donné d'observer. Il s'agit d'une dame de quarante-trois ans, qui, depuis dix-huit mois, s'amaigrissait, se cachectisait et souffrait de crises presque subintrantes de pseudo-occlusion : les crises se caractérisaient par des douleurs extrêmement vives, par un ballonnement considérable du ventre, quelques vomissements ; elles duraient plus ou moins longtemps, une demi-journée, vingt-quatre, quarante-huit heures, et, jusqu'alors, elles avaient toujours fini par céder peu à peu, sans qu'on fût contraint d'intervenir ; mais elles étaient devenues dans le dernier mois plus longues et plus inquiétantes. Plusieurs chirurgiens avaient été consultés, ils avaient tous conclu à un néoplasme haut situé du rectum ou à un cancer de l'S iliaque, et à la nécessité d'un anus contre nature. A la vue de cette femme affaiblie, maigre, de mauvais teint, l'idée du cancer se présentait, en effet, tout naturellement : on ne constatait rien au toucher rectal, ou du moins rien de cavitaire, mais, très haut, le doigt trouvait, tout autour de l'intestin, une sorte de gangue épaisse, très dure, diffuse ; par le toucher vaginal, on retrouvait cette même gangue indurée, sans tuméfaction circonscrite et saillante, sans bosselure ; elle occupait le fond du cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac gauche, et, par le ventre, au palper profond de la fosse iliaque gauche, on la sentait se prolonger en haut, et former là, dans la profondeur, une masse de contours indécis, absolument fixe. Il y

avait eu par l'anus certains écoulements un peu rosés, mais, en somme, pas d'hémorragie proprement dite. J'ajoute qu'on ne gardait le souvenir d'aucun accident fébrile, que l'exploration de la tumeur indurée profonde ne réveillait que peu de sensibilité, et que le ventre ne devenait douloureux qu'au moment des arrêts stercoraux et du météorisme consécutif.

Dans ces conditions, je me rangeai, moi aussi, à l'hypothèse du néoplasme, et l'anus artificiel me parut aussi la ressource, à peu près unique, qui restât ; je proposai, toutefois, de faire d'abord une laparotomie, pour reconnaître directement les lésions, et, si rien de mieux n'était possible, de finir par l'entérostomie. L'intervention eut lieu le 18 juin 1905 : le ventre ouvert, je trouvai le petit bassin et la fosse iliaque gauche remplis d'une masse jaunâtre, d'une dureté squirrheuse, qui tenait partout, qui enveloppait et enserrait l'S iliaque, et englobait l'utérus, dont le fond restait seul reconnaissable. L'aspect était celui d'une carcinose péritonéo-pelvienne diffuse. Nulle tentative locale ne parut réalisable, et je pris le parti de mettre à la paroi le segment le plus élevé, resté libre, de l'S iliaque, et d'y faire une entérostomie relativement étroite; et ce que je venais de constater dans le ventre, et qui cadrait si bien avec la marche des accidents et la déchéance de la santé générale, me contraignit à porter le grave pronostic que vous supposez.

L'entérostomie fut suivie d'une cessation immédiate et complète des douleurs; aucune crise ne reparut depuis, tant que l'orifice du drainage stercoral à la paroi fonctionna régulièrement; il passait, du reste, toujours, par l'anus, une certaine quantité de matières fécales, et, à certains moments, les selles étaient d'abondance toute normale. A deux reprises, la bouche intestinale, que j'avais faite assez étroite, se rétrécit encore et devint presque imperméable; immédiatement, le ventre se ballonna, devint douloureux, et les accidents de pseudo-occlusion se montrèrent, avec toute leur acuité d'autrefois; ils cédèrent à la réfection d'un orifice pariétal suffisant. Je sentais toujours, aux examens que je répétais de temps en temps, la masse indurée profonde, et par le ventre, et, très haut, par le cul-de-sac gauche; cependant, elle ne s'accroissait pas; au bout d'un an, j'arrivai même à me convaincre qu'elle avait diminué de volume, qu'elle paraissait un peu plus souple, qu'elle se limitait mieux ; pendant ce temps, la santé était redevenue meilleure, l'alimentation se faisait bien, les forces revenaient peu à peu, l'amaigrissement avait cessé. Deux ans, presque, avaient passé depuis notre première laparotomie, et cette amélioration progressive, lente et générale, de plus en plus frappante, s'expliquait mal dans l'hypothèse, primit vement admise,

d'un néoplasme. J'en vins à penser que, peut-être, cette fois encore, malgré l'apparente netteté des constatations antérieures, j'avais affaire à un processus purement inflammatoire, et je proposai de rouvrir le ventre.

Cette seconde opération fut pratiquée en mai dernier; je libérai d'abord le petit anus artificiel, qui fut mis de côté, soigneusement enveloppé de compresses, et j'allai à l'excavation pelvienne et à la fosse iliaque gauche; j'y retrouvai la masse diffuse, grisâtre, dure et partout adhérente; je commençai à la décoller, ou plutôt à la disséquer au bistouri, le long de l'S iliaque; je pénétrai ainsi dans un tissu scléreux, ligneux, qui ne se laissait entamer qu'avec peine et à petits coups; j'arrivai jusqu'à la face postérieure de l'utérus, que je suivis lentement, de haut en bas, en disséquant toujours au bistouri; finalement, tout au fond du cul-de-sac de Douglas et à gauche, j'ouvris un foyer purulent, contenant un pus brunâtre, épais, sans doute fort ancien. Cette fois, la situation devenait claire; je me trouvais en présence de très vieilles lésions salpingiennes, enveloppées d'un foyer de pelvipéritonite diffuse, qui se prolongeait le long de l'S iliaque : j'achevai la besogne, fort pénible et fort longue, de décortication; j'enlevai l'utérus et les annexes, j'excisai le tissu scléreux qui remplissait le bassin, je libérai peu à peu l'intestin; ceci fait, je terminai par l'occlusion de l'entérostomie sigmoïdienne, et je réunis avec un drain. J'eus l'heureuse chance de voir mon opérée guérir sans le moindre incident; les selles se rétablirent de façon normale, et, au cinquième jour, une véritable débâcle se produisait. Depuis, tout accident a disparu, et mon ancienne malade est aujourd'hui florissante.

A lire l'exposé des faits de ce genre et la fin de l'observation, on se demande toujours comment l'erreur a pu se produire, et la solution une fois acquise, le problème paraît simple : il n'en est rien, et les données cliniques avec lesquelles il faut le résoudre sont souvent trop insuffisantes et d'interprétation trop incertaine et trop complexe pour qu'on puisse conclure d'emblée; ce ne sera souvent qu'à l'observation prolongée et par l'évolution de la tumeur locale et de l'état général qu'on obtiendra une certitude. Je suis depuis quinze mois un malade d'une cinquantaine d'années auquel, il y a plus de deux ans et demi, un anus contre nature a été pratiqué dans le flanc gauche, pour parer à des accidents pressants d'occlusion; ces accidents s'étaient, du reste, reproduits à plusieurs reprises dans les dernières années, ils étaient devenus de plus en plus fréquents, et la santé en était gravement atteinte; au cours de la dernière crise, on fit un anus contre nature. Cela se passait dans une capitale étrangère. A

quelques mois de là, la situation s'étant considérablement améliorée, un chirurgien fort connu de cette ville pratiqua la laparotomie, mais il tomba sur une tumeur diffuse et inextirpable de la région iliaque gauche et referma le ventre en laissant l'anus artificiel. Or, depuis lors, cette tumeur, que l'on sentait profondément à gauche, et que l'on retrouvait par le toucher rectal, s'affaisse de plus en plus, se réduit et s'assouplit; de temps en temps, les matières fécales passent librement, en abondance, par le bout inférieur de l'anus, mais l'orifice pariétal étant fort large, les évacuations se font d'ordinaire par cette voie. Toujours est-il que l'intestin sous-jacent paraît être de plus en plus libre, et que l'exploration ne révèle presque plus rien aujourd'hui de la masse dure, bosselée, pseudo-néoplasique, constatée il y a un an. La santé est, du reste, excellente, et, sans pouvoir rien affirmer encore, nous avons là des raisons sérieuses de croire que l'avenir nous permettra de conclure à une tumeur inflammatoire.

Présentation de pièce.

Fistule ostiale cutanée de l'appendice.

M. Quénu. — Je présente une pièce d'appendicostomie ou, si l'on veut, de fistule ostiale cutanée de l'appendice qui me paraît une terminaison assez rare de l'ouverture d'un abcès appendiculaire. La pièce a été enlevée chez un jeune homme de vingt-cinq ans, il y a quelques jours.

La crise aiguë eut lieu en janvier dernier. Le 13, un médecin incisa un abcès de la fosse iliaque droite, puis, quinze jours après, un nouvel abcès fut ouvert par le rectum. Un trajet fistuleux a persisté depuis, dont l'orifice laisse écouler de la sérosité et pas de matières. Cet orifice est tapissé par une muqueuse rouge qui se continue avec la peau.

L'opération a consisté dans la libération préalable de l'appendice suivant le mode ordinaire; alors l'appendice ayant été enveloppé dans une compresse, l'ouverture cutanée de la fistule a été libérée et disséquée, puis l'appendice enlevé par le ventre. Un point de suture a été mis sur l'orifice interne ou séreux; l'orifice cutané est resté libre, non suturé.

La bouche appendiculaire, ainsi qu'on le voit sur cette pièce, occupait le sommet d'un coude formé par l'union du tiers ter-

minal avec les deux tiers de l'appendice. Mon ami Jalaguier, dont on connaît la vaste expérience en fait d'appendicite, m'a dit n'avoir pas rencontré dans sa pratique de fait analogue.

M. E. Potherat. — J'ai observé un cas analogue à celui que vient de nous présenter M. le professeur Quénu. C'était il y a une douzaine d'années, alors que j'avais l'honneur de suppléer mon maître M. Labbé, à l'hôpital Beaujon.

Un jeune Américain avait été admis dans le service, demandant à être débarrassé d'une fistule située au niveau du flanc droit, et par laquelle s'échappaient de temps en temps des matières odorantes et parfois des gaz. L'origine intestinale de cette fistule était ainsi attestée par ces écoulements. J'ajoute que par l'orifice fistuleux sortait une muqueuse tomenteuse, éversée, se continuant immédiatement avec la peau. Ce malade nous disait avoir été opéré d'appendicite avec abcès, en Amérique.

Je lui fis une nouvelle laparotomie dans la fosse iliaque et pus constater que la fistule avait pour origine l'extrémité libre de l'appendice, dont la muqueuse s'était éversée au dehors. Je fis l'ablation de l'appendice, je réséquai l'orifice fistuleux, et le malade guérit définitivement.

M. Paul Reynier. — Dans mon service j'ai vu un cas pareil. Il s'agissait d'une petite fistule stercorale consécutive à une crise d'appendicite, dont on avait ouvert l'abcès. L'opération fut faite par M. Savariaud, qui trouva la fistule en communication avec l'extrémité de l'appendice qui, par sa pointe, était fixé au péritoine pariétal.

M. Morestin. — J'ai observé un fait tout à fait comparable aux précédents.

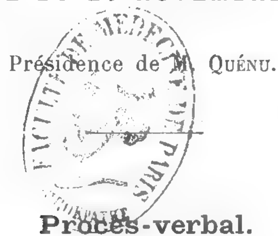
Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1907

Présidence de M. Quénu.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur la ligature des carotides.

M. Hartmann. — Le fait que je désire vous rapporter mérite peut-être d'être rappelé, car il se rapproche de ceux dont a parlé notre collègue Guinard, de ligature de la carotide primitive compliquée de ligature des carotides secondaires, d'interruption par conséquent de la circulation collatérale. Il s'agissait d'une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de tumeur maligne du lobe gauche du corps thyroïde. Mon assistant, M. Lecène, après avoir mis à nu la tumeur, lia la carotide primitive au-dessous, constata que le néoplasme englobait le paquet vasculo-nerveux, réséqua celui-ci et termina en liant, à la partie supérieure de la plaie, la carotide interne et l'externe; quarante-huit heures après l'opération, la malade présentait de la paraphasie, le jour suivant une hémiplégie droite, et elle succombait le cinquième jour.

A l'autopsie, on trouva une thrombose de la carotide interne, remontant jusque dans l'artère sylvienne et suivie de ramollissement du lobe correspondant. La plaie opératoire était réunie *per primam*, et il n'y avait de ce côté aucune infection. Une thrombose à marche progressive peut donc être observée à la suite d'une ligature de la carotide interne, alors même que les précautions aseptiques les plus grandes ont été observées.

M. Morestin. — La ligature du tronc de la carotide primitive pratiquée pour une plaie ou pour un anévrisme paraît être très rarement suivie d'accidents graves; mais il n'en va pas de même des résections carotidiennes comprenant la bifurcation, comme on y est contraint parfois dans l'extirpation des tumeurs du cou, ou de la ligature de la carotide interne. Je pense qu'il n'y a rien de plus grave dans la chirurgie du cou que l'interruption du courant sanguin dans la carotide cérébrale. Chez un malade auquel j'avais réséqué le paquet vasculo-nerveux du cou inclus dans une tumeur maligne, résection comprenant les deux carotides secondaires, une hémiplégie survint d'une manière presque immédiate et le malade succomba très rapidement. Dans un autre cas, j'avais décidé de pratiquer la ligature de la carotide externe chez un homme atteint d'un cancer inopérable de la langue et qu'affaiblissaient des hémorragies répétées. En cherchant la carotide externe, je soulevai sur la sonde cannelée la carotide interne. N'ayant pas aperçu les collatérales, j'abandonnai l'artère, et un instant après je découvris la carotide externe et je plaçai mon fil. L'opération avait duré quelques minutes; elle avait été très simple et semblait devoir être d'une bénignité absolue. Mais dans la journée survint une hémiplégie; le lendemain, je trouvai le malade dans le coma, et il succomba moins de quarante-huit heures après l'intervention. A l'autopsie, on put constater ceci : la carotide interne était très athéromateuse; la sonde cannelée en la soulevant avait brisé des plaques d'athérome qui s'étaient inclinées vers la lumière du vaisseau et avaient déterminé la coagulation du sang et l'oblitération du vaisseau. Je crois donc qu'il faut respecter autant que possible la bifurcation carotidienne et la carotide interne. Je suis tellement persuadé de la gravité de leur suppression que, dans mon travail sur la chirurgie des gros troncs veineux au Congrès de chirurgie de 1906, j'ai proposé d'essayer en pareil cas de faire une substitution vasculaire, d'intercaler un segment de veine entre les deux bouts du vaisseau réséqué. L'anastomose entre les deux carotides interne et externe, que nous indique M. Quénu, me paraît aussi une mesure dont l'application pourrait être tentée utilement.

M. Tuffier. — Puisque chacun apporte ici ses observations de ligatures de la carotide primitive ou des deux carotides accessoires, je vous citerai trois faits. Le premier a trait à une femme âgée, à laquelle je liai la carotide primitive dans une ablation de tumeur récidivée du cou, et je n'eus aucun accident. J'ai dû pratiquer deux fois la ligature simultanée des deux carotides, l'externe et l'interne : la première fois, chez un jeune homme envoyé dans mon service pour une énorme tumeur pulsatile de l'orbite que je reconnus être un sarcome télangiectasique ; je liai la carotide externe et, la tumeur continuant à battre, j'y joignis la ligature de la carotide interne ; les battements cessèrent, j'enlevai non sans quelque hémorragie la tumeur et son prolongement intracranien. Mon malade n'eut aucun symptôme cérébral et était parfaitement bien portant cinq mois après. Ma seconde observation a porté sur une tumeur ganglionnaire cervicale consécutive à un épithélioma de la langue; mon malade n'a eu aucun accident.

Je vous ai rapporté mes observations antécédentes dans notre dernière discussion, et je considère, malgré ces succès ces ligatures de l'une ou des deux autres artères comme entourée de dangers que nous ne pouvons prévoir. Il faut donc être réservé à leur endroit.

M. Quénu. — Bien que le cas de M. Hartmann différât de ceux auxquels M. Lejars dans son rapport et M. Guinard dans la discussion ont fait allusion, j'ai engagé mon collègue à le présenter afin d'en faire un groupe tout à fait spécial, groupe de ligatures pour extirpation de tumeurs, par conséquent avec ligatures supplémentaires à la sortie de la tumeur portant souvent sur les carotides externe et interne ; or, dans ce groupe ainsi défini, les accidents cérébraux, rapides à la suite de la ligature de la carotide primitive, sont loin d'être exceptionnels. Il faut les prévoir et prévenir l'entourage de leur possibilité. Le cas suivant que je viens d'observer dans mon service est à rapprocher de celui de M. Hartmann.

M. Duval a opéré samedi dernier devant moi un branchiome du côté droit du cou. Il commença par lier la carotide primitive en bas, puis, relevant la tumeur de bas en haut, il put, en sacrifiant la jugulaire interne, mais en ménageant le pneumogastrique, arriver au-dessus de la tumeur où une autre ligature fut placée.

Le malade que je vis le dimanche matin allait assez bien et n'avait pas de paralysie, mais dans la nuit du dimanche au lundi il eut de l'incontinence d'urine, et le lundi matin il présentait de l'hémiplégie gauche. Il tomba bientôt dans le coma et succomba le lundi après midi. Nous ne pûmes faire l'autopsie, mais

M. Chevassu put s'assurer que la ligature supérieure avait porté juste à l'origine des carotides externe et interne au-dessus du renflement terminal de la primitive. Il y avait donc eu suppression du courant de la carotide externe vers l'interne.

Il me semble qu'en pareil cas, devant la nécessité d'extirper ces tumeurs (dans l'espèce il s'agissait d'un épithélioma) et devant la nécessité de couper et lier les artères à l'entrée et à la sortie de la masse où elles sont englobées, on serait autorisé à pratiquer l'anastomose artérielle en réunissant l'une à l'autre la carotide externe et la carotide interne soit bout à bout, soit peut-être plutôt par anastomose latérale. La gravité des accidents cérébraux observables justifie à mon sens cette tentative, d'autant qu'on pourrait placer un double fil d'ailleurs prêt à être serré en cas d'hémorragie.

M. J.-L. Faure. — J'ai souvent, une dizaine de fois au moins, fait la ligature ou la résection de la carotide primitive. J'ai vu bien souvent les choses se passer sans incidents. Mais j'ai le souvenir très précis d'avoir vu plusieurs fois des accidents d'hémiplégie ou de coma. En particulier dans un cas pour lequel mon ami Demoulin m'avait fait l'honneur de me demander mon assistance. Nous nous attendions à des accidents et, bien que la ligature ait été faite très lentement, nous avons eu, sous le chloroforme, des phénomènes paralytiques.

C'est ce qui fait que, maintenant, je n'aborde la carotide primitive qu'avec le plus grand respect.

M. Guinard. — M. Faure n'a évidemment pu lire ma communication de la dernière séance à laquelle il n'assistait pas ; il aurait vu que les cas dont il nous parle sortent complètement du cadre de notre discussion. Pour tous ses cas, il s'agit d'opération sur la langue ou le maxillaire supérieur et par conséquent d'opérations dans lesquelles on interrompt les anastomoses intercarotidiennes externes. Je puis, si l'on veut, retourner ma formule de la dernière séance, et dire : la ligature de la carotide primitive ne présente des dangers *immédiats* au point de vue de l'irrigation encéphalique que si on la fait pour des opérations *portant sur le cou et sur la face* ou sur des malades qui ont subi des hémorragies abondantes. Je n'ai pas dit autre chose.

M. Rochard. — Pour apporter un fait à l'appui de ce qu'a dit mon ami Guinard, je vous rappellerai l'observation d'une femme atteinte d'anévrisme du tronc brachio-céphalique sur laquelle j'ai pratiqué, avec la ligature de l'artère sous-clavière, la

ligature de l'artère carotide primitive et cela sans le moindre accident. Je vous ai au reste présenté cette malade, il y a quelques mois.

Dans un autre cas, la ligature de la carotide primitive a amené du coma, de l'hémiplégie, et la mort en moins de quarante-huit heures, mais il s'agissait d'une volumineuse tumeur du cou dont l'extirpation avait nécessité la section des branches vasculaires de retour.

M. E. Potherat. — Puisqu'on s'efforce d'apporter ici tous les cas personnels ou dont on a eu connaissance à un titre quelconque de ligature de l'artère carotide externe, permettez-moi de vous rapporter un cas que j'ai observé, il y a bien longtemps déjà, chez mon maître le professeur Trélat.

M. Trélat extirpait des ganglions du cou, l'opération était presque achevée; la tumeur, libérée de toutes parts, ne tenait plus qu'en un point relativement étroit : M. Trélat donna un coup de ciseaux, un jet violent de sang rutilant se produisit, la carotide primitive avait été coupée. Notre maître fit séance tenante, dans la plaie, la ligature des deux bouts, et aucun accident ne s'ensuivit. Je rapporte ce cas en lui-même, sans en tirer aucune déduction en faveur de la bénignité de la ligature de la carotide primitive.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai jamais fait de ligature de la carotide primitive; mais j'en ai vu faire une par M. Peyrot, j'y ai pris part comme interne et je suis convaincu que M. Peyrot, qui n'assiste pas à la séance, ne m'en voudra pas de verser aux débats ce fait qui lui appartient.

En 1885, à l'Hôtel-Dieu, M. Peyrot entreprit l'extirpation d'une tumeur maligne du corps thyroïde chez une femme d'une quarantaine d'années. Les adhérences avec le paquet vasculo-nerveux du côté droit étaient telles que M. Peyrot dut réséquer la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique sur une étendue de plusieurs centimètres.

Les conditions au point de vue du rétablissement de la circulation étaient en somme défavorables, puisque la thyroïdienne supérieure ne pouvait y prendre part. Néanmoins il ne se produisit aucun incident.

Je ne veux point du tout conclure de ce fait que la ligature de la carotide primitive est inoffensive. On ne peut pas nier qu'elle entraîne de temps en temps des accidents. Un travail récent qui vient de paraître sur ce sujet montre que, même aseptiquement faite, elle présente un certain danger. Mais ce danger, pour réel

qu'il soit, n'est pas tel qu'il doive nous empêcher de lier la carotide primitive quand cette ligature est nettement indiquée.

M. Lejars. — Je voudrais aussi ajouter un mot; j'ai le souvenir de trois cas de ligature de la carotide primitive, deux fort anciens, dont j'ai été témoin, et un troisième qui m'appartient. Les deux premières ligatures furent suivies à brève échéance d'hémiplégie, et la mort ne tarda pas, mais il s'agissait de ligatures évidemment septiques, et l'une d'elles, en particulier, avait été pratiquée en pleine suppuration cervicale; je dois dire que, dans mon observation, j'opérai aussi un foyer septique, mais la ligature ne fut suivie d'aucun accident. Elle avait été faite chez un homme d'une trentaine d'années, pour remédier à des hémorragies secondaires, consécutives à une plaie par arme à feu de la région sus-hyoïdienne droite; la plaie datait d'une dizaine de jours, elle était infectée : je dus faire mon incision en plein tissu grisâtre et phlegmoneux, et je découvris et liai la carotide primitive le plus bas possible; naturellement, aucune réunion ne fut pratiquée, tout le foyer fut excisé et détergé du mieux possible, et tamponné. Les suites furent très simples : il n'y eut aucun accident, et la plaie se ferma relativement vite. Bien entendu, personne n'hésitera, devant une indication certaine, à lier la carotide primitive, et, encore une fois, je tiens à répéter que les quelques accidents rapportés ne sauraient créer aucun épouvantail; tout ce que nous avons voulu dire, et ce qui ne paraît pas niable, c'est que, dans certaines conditions exceptionnelles, des accidents, impossibles à prévoir, sont susceptibles de se produire; que la ligature de la carotide primitive est, en somme, de pronostic moins certainement assuré que telle autre ligature des membres, par exemple, et que, à titre de ligature préliminaire, il vaut mieux, lorsqu'on le peut, s'adresser à la carotide externe.

Discussion sur les coups de feu de l'oreille.

M. Lucien Picqué. — La discussion qui vient d'avoir lieu sur le traitement des coups de feu de l'oreille a mis en lumière les accords et les divergences qui existent entre nous sur certains points importants de cette question.

Le principe de l'intervention déjà admis en 1888 par le professeur Berger, et que j'ai de nouveau défendu devant vous, a été accepté par Sebileau, Sieur et Delbet, qui ont pris part à la discussion.

Comme l'a très bien dit, entre autres, Sebileau, partisan de l'intervention précoce, le chirurgien devra se résoudre à intervenir « lors même que nul symptôme grave, nulle complication ne lui forcent la main ».

Mais les divergences commencent, en apparence profondes et irréductibles, sur le but même de l'intervention.

J'ai émis devant vous l'opinion que l'intervention immédiate devait avoir pour but le traitement prophylactique de l'infection, et déclaré que dans ma pratique je laissais de côté *toute recherche préalable du projectile.*

Mon ami Delbet, de son côté, a défendu une pratique qui procède de considérations différentes.

Vous me permettrez de reprendre ce point de la question, car cette divergence d'idées entraîne au point de vue des observations un malentendu qu'il me sera, je l'espère, facile de dissiper.

J'ai dit dans ma communication et en me basant sur des données anatomo-pathologiques d'ordre expérimental *que toute l'évolution des coups de feu de l'oreille était dominée par la notion de l'infection.* Que dès lors, l'intervention « était surtout destinée à *prévenir l'infection inévitable et souvent mortelle* ».

Qu'en conséquence, *elle ne devait pas avoir pour but l'extraction systématique d'un projectile profond et difficile à désenclaver*, et que le chirurgien devait appliquer à ces plaies le traitement général des fractures compliquées de plaie, c'est-à-dire transformer le trajet étroit et tortueux du projectile en une brèche largement ouverte vers l'extérieur. J'ajoutais, enfin, qu'on ne devait enlever primitivement le projectile que lorsque celui-ci était facilement extirpable, ce que j'ai fait dans un cas.

Ces idées, exprimées devant vous, ont été appuyées par deux de nos collègues.

C'est d'abord Sieur, qui est venu vous déclarer que l'intervention ne doit pas avoir *comme unique but la recherche et l'extraction du projectile.*

Il a ajouté que « l'intervention dans les coups de feu de l'oreille lui paraît indiquée moins pour enlever le projectile que pour éviter les accidents infectieux qui en sont la conséquence inévitable ».

Sebileau de son côté déclare que *j'ai eu raison de dire que l'évolution des coups de feu est dominée par la question de l'infection primitive ou retardée.*

Il se range encore à l'opinion, que j'ai exprimée, que l'opération ne saurait avoir pour but exclusif l'extraction systématique du projectile.

Mon ami Delbet, au contraire, a nettement affirmé que l'extraction du projectile devait être le but même de l'intervention. Pour mieux préciser sa pensée, il nous cite un cas intéressant de sa pratique où la métro-radiographie, pratiquée par Contremoulins, n'a pu arriver à déceler la présence du projectile ; il s'estime heureux, nous dit-il, de n'avoir pas, dans ces conditions, pratiqué une opération qui *aurait eu pour unique résultat de faire des dégâts complètement inutiles.* Il ajoute encore que *la possibilité de cas de ce genre doit rendre encore plus ménager des opérations précoces, je veux dire antérieures à toute tentative de localisation.*

On comprend qu'envisagées à ce point de vue, les observations que je vous ai présentées ne présentent plus aucune valeur, et vous pourrez même en conclure, comme Delbet lui-même, qu'à l'appui de ma thèse, j'apporte deux faits que viennent l'infirmer.

Il n'en va pas de même quand on reconnaît à l'intervention le but spécial que je lui ai assigné.

Dans le premier cas, je n'ai pas trouvé la balle, qui s'est éliminée en partie dans les jours qui ont suivi l'intervention, et j'ai ajouté d'ailleurs que je ne savais pas si tout le projectile était sorti. La malade a guéri ; le but a donc été atteint, car l'opération, en prévenant des complications infectieuses probablement mortelles, m'a donné ce que je lui demandais.

Dans le deuxième cas, le malade est entré à l'hopital après l'explosion de complications infectieuses. Je suis intervenu : la balle s'étant présentée dans le champ opératoire a pu être facilement enlevée, mais, dans ce cas, l'opération n'a pu combattre l'infection préexistante et le malade a succombé ; on ne saurait considérer ce cas comme contraire à la thèse que j'ai défendue devant vous.

J'ai hâte d'aborder le deuxième point.

Si je suis d'avis que l'intervention doit surtout viser la prophylaxie des accidents infectieux, qu'elle est rationnelle et conforme à la thérapeutique générale des fractures exposées, je n'en reste pas moins persuadé, avec mon excellent collègue, que

l'extraction du projectile s'impose et que la localisation du projectile reste indiquée.

Je ne diffère avec lui que sur le moment de cette localisation. Delbet la veut primitive. Je pense, de mon côté, que cette intervention n'est indispensable que lorsque le chirurgien s'est rendu maître de l'infection.

Je reste encore d'accord avec Sebileau quand il nous dit que *toute intervention qui ne comporte pas l'extraction complète de la balle est donc une intervention incomplète*, mais je ne saurais la considérer avec lui comme inutile pour les raisons que j'ai données plus haut.

Je ne saurais donc admettre avec Sieur que cette extraction n'est pas nécessaire, et j'estime que les faits cliniques sur lesquels il s'appuie pour démontrer que la guérison peut être obtenue alors même que le projectile n'a pu être enlevé et est resté enclavé dans le crâne, doivent être bien exceptionnels.

J'ai déjà dit, d'ailleurs, que lorsque le projectile se rencontre dans le champ opératoire, comme dans un de mes cas, il faut procéder à son extraction.

Dans le cas contraire, j'admets avec Sebileau la nécessité de l'examen otoscopique, l'étude des troubles subjectifs et la superposition des épreuves radiographiques ; avec le professeur Berger, l'emploi de l'appareil Trouvé, à la condition que l'on ne néglige pas les renseignements que peut donner la radiographie et qui me paraissent supérieurs quand le projectile est morcelé ou profondément situé.

Enfin, avec Loison, je reconnais les avantages de la méthode de Perthes, c'est-à-dire la ponction des corps étrangers sous le contrôle de l'écran radiographique, plus facile à manier que la radiographie métrique de Contremoulins et plus sûre dans certains cas que l'appareil de Trouvé, parfois infidèle.

Je dirai en terminant quelques mots sur les voies d'accès. Comme l'a dit Delbet, la voie rétro-auriculaire a rallié tous les suffrages, mais notre collègue a parfaitement dit qu'on ne devait pas soumettre tous les faits à la même règle, et Reynier, dans la dernière séance, a soutenu la même opinion. Déjà dans mon rapport, j'avais signalé les projectiles aberrants dont l'extirpation nécessitait des voies exceptionnelles d'accès.

A ce point de vue, nous devons retenir son intéressant procédé de trépanation sus-auriculaire suivi du décollement de la dure-mère jusqu'au corps étranger et qui lui a donné un beau succès dans un cas où le projectile occupait un siège très antérieur.

Nous devons également y avoir recours quand la radiographie

nous aura démontré qu'il occupe égalemement un siège très interne.

Comme il nous l'a dit, la trépanation franche dans ces cas exceptionnels est beaucoup plus simple ; le drainage est rendu plus facile, et je reconnais avec lui que la cicatrice se masque plus facilement que dans l'incision rétro-auriculaire.

Discussion sur la mégacôlon.

Violente contusion thoraco-abdominale. Fracture des cinq dernières côtes gauches. Rupture du gros intestin (côlon descendant). Phlegmon gangreneux stercoral de la région lombaire. Occlusion intestinale quatre ans après. Cæcostomie. Laparotomie. Énorme dilatation du côlon transverse sans trace de rétrécissement sur le côlon descendant. Colopexie transverse et coloplication. Guérison.

M. Édouard Schwartz. — Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, cocher-livreur, qui le 20 novembre 1896 est apporté dans notre service de l'hôpital Cochin. Le 28 novembre, donc deux jours avant, il a été serré violemment entre sa voiture et un mur, à tel point qu'il perdit connaissance. Il fut d'abord transporté chez lui, et on constata qu'il avait des fractures de côtes multiples, qu'il crachait le sang et avait une dyspnée intense. Il fut amené deux jours après dans un triste état. L'examen nous fit constater une fracture des quatre ou cinq dernières côtes à gauche, une contusion du poumon gauche, de plus l'existence d'un vaste phlegmon diffus de la région lombaire gauche qui dut être ouvert après constatation d'une crépitation gazeuse qui était due à l'issue de gaz intestinaux. L'incision donna en effet sortie à des gaz fétides, puis à des matières fécales provenant d'une rupture du côlon descendant. Sous l'influence des pansements, du traitement général, l'état du blessé s'améliora rapidement, si bien qu'il put commencer à se lever vers le 20 décembre, conservant encore au niveau de la région lombaire une fistule stercorale qui se ferma peu à peu. Tous les signes du côté du thorax s'étaient amendés et il ne lui restait plus de traces de la grave lésion pulmonaire et de ses fractures des côtes. Il resta dans mon service pour fermer sa fistule jusqu'à mai 1897. A cette date elle était tout à fait oblitérée et il put sortir complètement guéri.

Je le revis en 1899 parfaitement bien portant. Il revint encore me voir plusieurs fois en 1900 ; j'étais bien aise de constater qu'il n'avait aucun signe de rétrécissement secondaire du gros intestin, là où il avait été blessé.

Le 2 novembre 1900, il rentra dans mon service en état d'occlu-

sion intestinale aiguë qui durait depuis plusieurs jours. Étant donné l'état général, je décidai de ne faire qu'un anus iliaque sur le cæcum, quitte à rechercher dans un second temps et plus tard la cause de l'occlusion et à la lever si possible. La cæcostomie fut pratiquée le 11 novembre 1900. L'opéré se remit très rapidement, et, comme les matières repassaient abondamment par l'anus normal, je me proposai de refermer l'anus cæcal. C'est ce qui fut fait le 5 janvier 1901. L'intestin fut libéré de la paroi et refermé par deux plans de sutures. Mais les accidents d'occlusion chronique reparurent presque aussitôt après et il se fit une fistule stercorale au niveau du foyer de l'opération, qui ne se ferma point et que je décidai de laisser ouverte. Les matières fécales passent par le gros intestin ou par la fistule en petite quantité seulement et liquides, tandis que par l'anus il rend de temps à autre des matières dures, ni rubannées ni ovillées. Il resta dans cet état jusqu'en 1902, époque où il vint me demander instamment de le débarrasser de sa fistule iliaque droite qui, tout en ne le gênant pas beaucoup, nécessitait néanmoins des pansements et lui causait un érythème très douloureux. Voyant son état général bien remonté, je résolus d'aller par une laparotomie médiane explorer la cavité abdominale, me rendre compte de la nature de l'obstacle et de sa situation sur le gros intestin, le lever s'il était possible, sinon faire une entéro-anastomose et une occlusion unilatérale, tout cela suivant les indications. Je pratiquai l'opération le 1er août 1902.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, de façon à me donner un jour très large sur les côlons et surtout sur le côlon descendant, où je soupçonnai l'obstacle d'après les commémoratifs. Notons que le ventre était toujours très ballonné quoiqu'il n'y eût aucun autre signe d'occlusion. Quel ne fut pas mon étonnement, dès l'ouverture du péritoine, de voir un organe que je pris d'abord pour l'estomac énormément dilaté, qui remplissait toute la cavité abdominale, descendait jusque près du pubis en formant une grande courbe à convexité inférieure !

Le schéma que je fis faire au moment de l'intervention rend assez bien compte de la disposition des parties. En relevant toute la masse, je constatai que ce n'était pas l'estomac dilaté, mais bien le côlon transverse dont le volume était énorme ; il dessinait un énorme cylindre dont le diamètre à la partie la plus large mesurait environ 15 centimètres, se relevant peu à peu à droite et à gauche pour reprendre au niveau des angles sa dimension normale. L'intestin avait environ 45 centimètres de circonférence.

L'épaisseur de ses parois était de 2/3 de centimètre environ aux parties les plus épaisses qui étaient aussi les plus dilatées ; l'épaisseur redevenait normale là où le côlon reprenait son dia-

mètre, normal aussi. Pensant à une ectasie en amont d'un rétrécissement, j'explorai l'angle du côlon descendant, ce côlon descendant lui-même, le côlon pelvien. Je ne trouvai nulle part trace d'un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique. J'étais en présence d'une énorme ectasie du côlon transverse rempli de matières liquides et solides, formant comme un véritable sac pendant jusqu'au-dessus du pubis.

Je connaissais la maladie de Hirschsprung, mais rien dans les antécédents de ce malade ne m'avait permis d'y songer. Quoi qu'il en soit, que devions-nous faire ? Je pensais que l'arrêt du cours des matières était dû non à une obstruction proprement dite, mais à une stase dans cette énorme anse dilatée et coudée des deux bouts au niveau des angles des côlons.

La stase me fut nettement démontrée par l'évacuation par une incision de 4 litres au moins de matières liquides et demi-liquides d'une horrible fétidité. Je refermai ensuite par un double plan de sutures et pensai faire une ilio-sigmoïdostomie, sans aucune exclusion, mais en diminuant le calibre de l'anse du côlon transverse et surtout en la remontant et la fixant par une large colopexie. Lorsque je voulus attirer l'S iliaque, je reconnus que celle-ci était fixée dans la fosse iliaque gauche par un méso très court qui ne permettait pas une facile mobilisation. Je laissai donc de côté la première partie de mon plan opératoire et ne fis que le rapetissement de l'anse par des points de soie passés en faufil le long de sa face extérieure et la fixant en même temps à la paroi abdominale. Je plaçai 4 fils à gauche et 4 fils à droite, fixateurs et suspenseurs. L'idée de la colectomie avait été vite abandonnée devant l'impossibilité qu'il y avait eu à réunir les deux extrémités. Le ventre fut refermé et je laissai ouverte la fistule stercorale comme soupape de sûreté et espérant qu'elle se fermerait seule. Pansement compressif ouaté.

Le 9 août, soit neuf jours après l'opération, sous l'influence d'un effort de toux, il se fait une éventration d'une anse grêle de 25 centimètres de longueur. Elle est rentrée dès qu'on s'en aperçoit ; le soir, vers cinq heures et demie, la plaie est resuturée, mais on met dans le bas deux drains et une petite mèche de gaze iodoformée qui sont retirés deux jours après ; l'opéré allait parfaitement.

Il guérit complètement, mais, comme c'est un tousseur, il a une tendance à éventrer sa cicatrice, et je lui ordonne, quand il quitte l'hôpital, une bonne ceinture ventrière pour la maintenir.

Depuis il n'a plus eu d'accident, il va à la selle par l'anus naturel. Il conserve une fistulette à droite dont il ne veut pas être opéré, elle ne le gêne en rien ; quelquefois, mais rarement, elle donne passage à quelques matières liquides et à des gaz. Je l'ai revu cette

année même en excellent état, si ce n'est qu'il a une éventration contre laquelle il porte une large et solide ceinture abdominale. Tel est le fait que nous avons observé.

Il est certain que comme lésions, physionomie clinique actuelle, il se rapproche absolument de ceux qu'a réunis le docteur Pierre Duval dans son mémoire et dont Tuffier vient de nous rapporter de si beaux exemples. Mais au point de vue pathogénique, il reste pour moi complètement obscur.

S'agit-il d'une coïncidence de mégacôlon congénital avec les lésions traumatiques dont notre blessé a été atteint? Rien dans les antécédents ne justifie cette manière de voir. Notre malade n'a jamais, que je sache, été un constipé chronique, avant l'accident qui lui est survenu.

D'un autre côté, quatre ans se sont écoulés entre le traumatisme et les premiers accidents d'occlusion dont il a été atteint : je l'ai revu pendant trois ans toujours bien portant, ne présentant aucun trouble du côté du fonctionnement de son tube digestif.

J'ai dit dans le courant de l'observation, et j'y insiste encore, que je n'ai pu découvrir par l'exploration directe après laparotomie, là où le côlon descendant avait été déchiré, aucune trace de rétrécissement, aucun obstacle. Cela est si vrai que, au niveau de l'angle du côlon descendant, le gros intestin reprenait peu à peu son calibre normal et n'était plus du tout dilaté.

En résumé, il s'agit bien là d'accidents dus à une dilatation énorme du côlon transverse avec ptose de l'anse dilatée, sans obstacle appréciable en aval de la dilatation, dilatation qui devait dater de très longtemps étant données les lésions d'hypertrophie de l'anse dilatée et ptosique, mais sans qu'il nous soit possible d'avoir une opinion précise sur son origine et sa pathogénie. S'il s'agissait d'un mégacôlon congénital transverse, ce serait le seul cas où le côlon transverse seul aurait été trouvé dilaté.

Je termine en disant encore quelques mots du traitement. Celui-ci a consisté en une plicature avec colopexie, de façon à diminuer le calibre de l'anse et à redresser sa courbure. J'ai dit les raisons qui m'ont empêché de faire la colectomie ou l'entéro-anastomose avec exclusion unilatérale de l'anse.

Cette colopexie avec plicature semble avoir donné un bon résultat, puisque le malade a vu disparaître les accidents et se fermer peu à peu la fistule cæcale qui donne si peu qu'il ne veut pas entendre parler de la fermer complètement, ce à quoi j'acquiesce d'ailleurs volontiers, étant donné qu'elle est une sorte de soupape de sûreté si de nouveaux accidents devaient survenir.

M. Lejars. — A propos du diagnostic de la maladie de Hirschsprung, je me demande si quelques-uns des cas d'occlusion, rangés sous le terme assez mal défini d'iléus paralytique, ne reconnaissent pas, en réalité, pareille pathogénie, et si nous n'avons pas eu affaire parfois, dans des conditions de ce genre, aux accidents aigus de la dilatation, partielle ou généralisée, du côlon. L'histoire d'un malade que j'avais opéré, il y a treize ans, que j'ai suivi depuis et que j'ai vu succomber, dans ces derniers mois, me paraît assez démonstrative à ce point de vue.

Il s'agit d'un homme chez lequel j'intervins, à la Maison de santé, le 23 décembre 1894 (1), pour une occlusion aiguë des plus graves : elle datait de quarante-huit heures, le ballonnement du ventre était considérable, surtout dans la zone sus-ombilicale, et cette prédominance du météorisme au-dessus de l'ombilic était frappante. Le malade, pâle, grippé, le pouls tout petit, était dans un état des plus alarmants : je fis une laparotomie sus-ombilicale, et, dès que le ventre fut ouvert, je vis s'échapper un côlon transverse, distendu de façon vraiment monstrueuse; la distension se continuait sur le côlon descendant et l'S iliaque : nulle part je ne découvris de bride, de condure, de segment rétréci, aucun agent d'occlusion mécanique. Je fis une entérostomie sur le côlon transverse : il s'écoula une abondante quantité de gaz et de matières liquides, et la débâcle par l'orifice artificiel et par l'anus se prolongea plusieurs jours. Tous les accidents cessèrent, et le malade se rétablit : un mois et demi après, je fermai l'entérostomie colique.

Cet homme avait souffert déjà, avant cette occlusion aiguë, de crises douloureuses abdominales, avec constipation et météorisme; depuis, les mêmes phénomènes se reproduisirent de temps en temps; la constipation était des plus tenaces et un régime approprié ne réussissait qu'avec beaucoup de peine à en avoir raison. J'étais resté très mal informé sur la pathogénie de ces accidents : une cicatrice de la région trochantérienne, adhérente à l'os, m'avait fait penser d'abord à la possibilité d'une évolution de tuberculose péritonéale, mais nous n'avions aucune notion précise sur la nature de cette lésion locale, il n'existait aucun autre antécédent suspect, la séreuse abdominale s'était montrée de surface absolument lisse et normale au cours de la laparotomie, enfin notre ancien opéré survécut treize ans, sans aucune manifestation de ce genre. Je le voyais de temps en temps : il continuait à se plaindre de son ventre, du ballonnement sus-ombilical qui reparaissait par moments, de la constipation. Au

(1) *Soc. de Chir.*, 13 octobre 1897.

printemps dernier, il me fit appeler auprès de lui pour de nouveaux accidents d'occlusion, chroniques cette fois, qui remontaient à une quinzaine de jours; je le trouvai pâli, amaigri, le teint bistré; le ventre était encore distendu à l'extrême, et la distension portait surtout sur la région sus-ombilicale et le flanc gauche; l'arrêt stercoral n'était pas absolu ; quelques gaz, quelques liquides étaient expulsés de temps en temps, mais toute évacuation de matières solides avait cessé. Je le pris dans mon service, je tentai divers moyens, en particulier l'électricité, sans résultat, et finalement, le soir du dixième jour, devant une aggravation inquiétante de l'état général, je lui fis faire, par mon interne, M. Perrin, une entérostomie transverse, au point où j'étais intervenu autrefois. Il y eut cette fois encore une débâcle énorme et prolongée, et par la voie artificielle et par l'anus; les douleurs disparurent, et un mieux notable se produisit. Je voulais faire plus, ouvrir le ventre et pratiquer une entéro-anastomose, mais l'état général de mon malade était si précaire que je ne pus m'y résoudre; je consentis même, au bout d'un mois, alors que les évacuations rectales étaient redevenues faciles, et, du reste, que son alimentation était réduite à fort peu de chose, à rétrécir l'anus contre nature, en ne laissant qu'une sorte de soupape fistuleuse; finalement, il se déprima de plus en plus, et s'éteignit en septembre. Je ne pus avoir la preuve nécropsique, mais je reste convaincu que ce côlon monstrueux, que j'avais découvert à ma première opération, et qui, au cours de tous les accidents successifs ultérieurs, continua à dessiner son relief dans la même région, était atteint de cette curieuse dilatation chronique dont M. Tuffier nous a dernièrement entretenus; que mon malade a fini par succomber à l'intoxication stercorale invétérée; et j'ai le regret de n'avoir pensé que trop tard à cette interprétation, à une heure où toute intervention curative était devenue impraticable.

Epithélioma primitif de la vésicule biliaire du volume d'une tête d'adulte. Extirpation avec résection partielle du foie.

M. P. MICHAUX. — Dans la séance du 12 juin de cette année, j'ai apporté à la tribune de la Société de chirurgie une tumeur du volume d'une tête d'adulte que j'avais prise, en raison de sa consistance et de son siège, pour un kyste végétant de l'ovaire, et que l'examen histologique avait démontré être un épithélioma de la vésicule biliaire.

En raison de son volume, de son siège anormal, de ses caractères cliniques et des particularités de son extirpation, je vous demande la permission de revenir sur ce fait en vous apportant l'observation complète, les dessins et les préparations qui y ont trait.

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, entrée dans mon service le 3 juin 1907 pour une tumeur dure, bosselée, du volume d'une tête d'adulte, occupant tout l'abdomen et descendant jusqu'au pubis et jusqu'à l'aine.

L'état général est mauvais, l'amaigrissement considérable; la paroi abdominale présente de nombreux nævi, comme cela s'observe fréquemment dans les cas de tumeur maligne.

A l'inspection, abdomen augmenté de volume dans son ensemble, pointant en avant; çà et là des bosselures très nettes.

A la palpation, tout l'abdomen — à l'exception des portions les plus externes de l'hypocondre et du flanc gauches — est rempli par une tumeur du volume d'une tête d'adulte, dure, résistante, peu mobile dans son ensemble, remontant jusqu'à l'épigastre et à l'hypocondre droit, descendant dans les fosses iliaques.

Cette masse est irrégulière, multilobée, bosselée; elle descend jusque dans le petit bassin, où on la sent bien, principalement du côté droit, par le toucher vaginal. La masse en question est en contact avec l'utérus sans se confondre avec lui.

A la percussion, matité à convexité supérieure paraissant se confondre avec la matité hépatique.

La malade s'est aperçue de cette tumeur il y a environ huit mois; depuis cette époque, elle s'est développée régulièrement sans grandes douleurs, sans troubles digestifs ou urinaires appréciables, mais avec un amaigrissement graduel et un aspect cachectique impressionnant.

Les antécédents ne présentent rien qui mérite d'être signalé. La ménopause est survenue il y a trois ans sans troubles particuliers. Il n'y a jamais eu d'ictère.

En présence de tous ces caractères, de cet amaigrissement, je

porte le diagnostic d'épithélioma végétant de l'ovaire droit et je décide de tenter l'ablation.

L'opération est pratiquée trois jours après, avec l'assistance de mes internes MM. Planson et Vézard. M. Legal La Salle, externe du service, donne le chloroforme avec l'appareil Ricard.

Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine incisé, on arrive sur une énorme tumeur maligne, irrégulière, bosselée, adhérente en grande partie au grand épiploon, dont les veines très dilatées se dessinent énormes, soulevées et confondues avec les bosselures de la tumeur.

L'exploration de la masse morbide nous la montre adhérente en dedans au côlon descendant et aux anses grêles, en arrière au côlon transverse, en haut à la grande courbure de l'estomac, en haut et en dehors au foie. Indépendance et intégrité absolues des organes génitaux, utérus et annexes.

En agrandissant par en haut, au-dessus de l'ombilic, l'incision primitive, nous nous rendons compte à n'en pas douter que la tumeur adhère intimement au foie, au niveau de la partie moyenne de son bord antérieur qui, présente à ce niveau l'aspect blanchâtre et la consistance indurée des cancers du foie.

Toutes les adhérences épiploïques sont sectionnées entre deux pinces, et la libération de la tumeur s'opère en somme sans trop de difficultés, sauf au niveau de la grande courbure de l'estomac où les adhérences sont plus intimes.

La tumeur ne tient plus qu'au foie, au niveau de son bord antérieur; comme l'invasion du parenchyme hépatique n'est pas trop considérable, je décide de réséquer la portion envahie.

Cette *résection* enlève un triangle de substance hépatique haut de 7 à 8 centimètres, et large de 5 à 6 centimètres au niveau de sa base périphérique.

L'hémorragie n'est pas considérable, elle est arrêtée momentanément sans trop de peine par un tamponnement à la gaze stérilisée.

La tumeur ne tient plus alors que par un volumineux pédicule se dirigeant en arrière et à droite à la face inférieure du foie. Ce pédicule à parois épaisses présente la forme et l'aspect d'un volumineux canal cylindrique du volume du pouce.

Ce pédicule est sectionné avec précaution au thermocautère, et nous constatons qu'il est formé par la vésicule biliaire allongée, épaissie et dilatée.

Nous nous débarrassons de la tumeur et nous procédons à l'*hémostase*.

Le pédicule biliaire est lié avec un fort catgut, les deux bords de la section hépatique sont rapprochés par trois points transver-

saux de catgut n° 5. Les fils ne coupent pas le tissu hépatique, comme on aurait pu le craindre.

L'hémostase est assurée, excepté au niveau de la partie inférieure droite, que nous sommes obligés d'enserrer d'un gros catgut antéro-postérieur placé à 1 centimètre environ de la tranche à hémostasier, et comprenant dans son anse 1 centimètre et demi environ de parenchyme.

Cette fois, la *résection hépatique* ne saigne plus, le rapprochement est satisfaisant. Nous glissons sous la face inférieure de notre résection du foie, une forte mèche de gaze, avec un tube à drainage, et nous refermons la paroi abdominale en un seul plan avec de gros fils d'argent, pour abréger l'opération qui s'est passée, en résumé, d'une façon aussi satisfaisante que possible.

Nous n'étions pas sans inquiétudes sur les suites de cette grave intervention : elles ont été, contrairement à ce que nous pensions, aussi simples que possible.

Il n'y a eu aucune espèce de complication du côté de la plaie ni du côté de l'état général, et au bout de quatre semaines environ la malade quittait l'hôpital Beaujon dans un état aussi satisfaisant que possible.

Cet état s'est maintenu pendant les premiers mois, mais peu à peu la malade a recommencé à maigrir, et elle présente aujourd'hui des signes non douteux de récidive locale inopérable.

Dans quelques jours il y aura six mois de son opération, mais d'après les nouvelles qui m'ont été données aujourd'hui même, il est à craindre que la malade ne dépasse pas le terme de huit mois qui représente le maximum de survie signalé dans le mémoire de Terrier et Auvray.

Le dessin ci-joint, que je dois à l'amabilité de M. Villandre, interne de l'hôpital Beaujon, rend suffisamment compte du volume, des bosselures, des adhérences et de l'aspect général de la tumeur, pour qu'il ne soit point utile d'en donner ici une longue et minutieuse description.

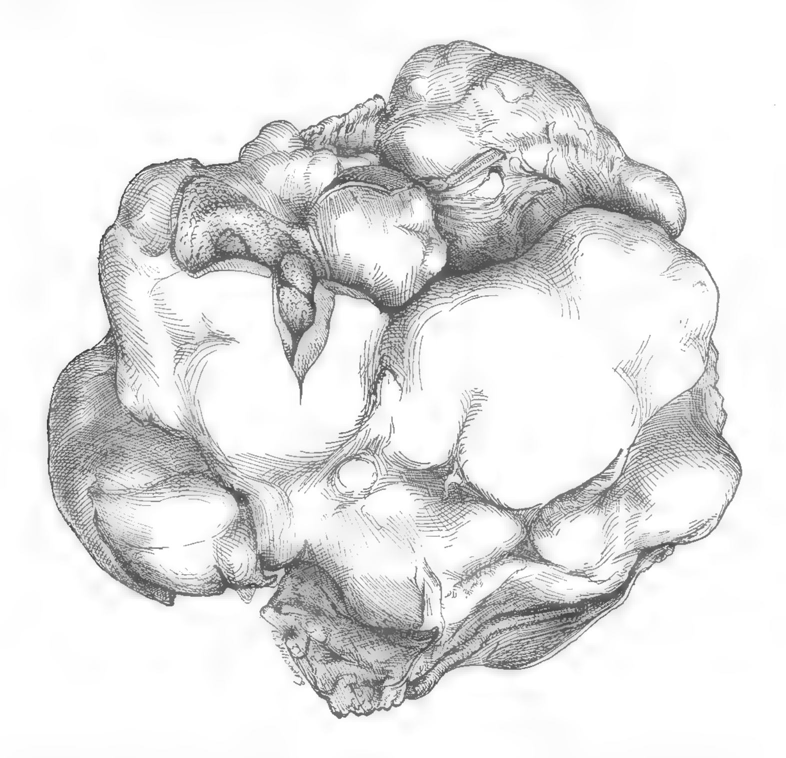
J'insisterai seulement sur la région de la vésicule, qu'on aperçoit nettement à droite du dessin. Sa cavité sectionnée est tapissée par une muqueuse partiellement colorée en jaune par la bile, et sur laquelle on voit nettement plusieurs bourgeons papillomateux présentant la même coloration. On n'y trouve pas de lithiase biliaire.

La pièce a été examinée par M. Tinel, interne de M. Troisier, à l'hôpital Beaujon.

Je reproduis textuellement la note qu'il m'a remise, le 18 juin 1907 :

Coupe d'un fragment de tumeur blanchâtre au milieu de laquelle une cavité représente la vésicule biliaire.

Sur la plus grande partie de la coupe, on constate l'existence d'un épithélioma alvéolaire typique, à cellules cylindriques. Au milieu d'un stroma conjonctif assez lâche, on trouve des amas de cellules irrégulières et irrégulièrement disposées, mais où l'on peut cependant retrouver par places des ébauches de cordons épithéliaux.



Parmi ces cellules, les unes sont en voie de karyokinèse active avec noyaux volumineux et très colorés, d'autres sont en voie de dégénérescence plus ou moins avancée. Certaines alvéoles sont remplies de cellules complètement dégénérées. Dans les mailles du stroma lui-même, on retrouve quelques cellules épithéliales aberrantes et un assez grand nombre de cellules rondes.

Au voisinage de la muqueuse vésiculaire et des végétations villeuses qu'elle présente, on trouve dans la profondeur des boyaux et des tubes de cellules cylindriques.

Quelques-unes de ces cellules semblent presque normales, mais la plupart sont irrégulières, disposées en plusieurs assises, qui forment de véritables bourgeons intérieurs obstruant presque, en certains points, la lumière du tube épithélial.

Il semble donc que nous soyons ici en présence du point de départ de ce volumineux épithélioma dans les couches profondes de la muqueuse vésiculaire, et nous croyons, d'après nos pièces, qu'il s'agit bien là d'*un épithélioma primitif de la vésicule biliaire, à type alvéolaire et à cellules cylindriques.*

L'étiologie, les caractères anatomiques, l'évolution clinique et les particularités opératoires de cette observation méritent quelques développements, pour lesquels je réclame votre bienveillante attention pendant quelques instants.

Etiologiquement, cette tumeur s'est développée chez une femme de quarante-neuf ans; elle est donc conforme à la règle qui nous apprend que les huit dixièmes des cancers de la vésicule se rencontrent chez des *femmes.*

Il n'y a cependant pas, dans notre observation, de coïncidence entre la tumeur et la lithiase biliaire. Nous n'avons pas trouvé de calculs dans ses voies biliaires, comme on en trouve fréquemment (Terrier et Auvray, Zenker-Courvoisier).

Anatomiquement, la tumeur que nous vous avons présentée est remarquable par son volume.

Je n'ai pas trouvé, dans les observations que j'ai feuilletées, d'exemple de tumeur aussi volumineuse. On parle couramment du volume du poing, d'une tête d'enfant, exceptionnellement on dit volume d'un œuf d'autruche. Vous pouvez voir sur le beau dessin de M. Villandre que la tumeur dépasse ici le volume d'une tête d'adulte.

En règle générale, il s'agit d'une tumeur de l'hypocondre droit; ici, la tumeur occupait tout l'abdomen, descendait jusque dans les fosses iliaques, et en imposait pour un épithélioma végétant de l'ovaire.

Macroscopiquement, la tumeur se présentait avec ses caractères habituels, son aspect blanchâtre, ses bosselures, ses adhérences avec les tissus voisins : estomac, côlon transverse, côlon ascendant, épiploon, intestin grêle.

Ces adhérences ont pu être détachées sans trop de peine, mais elles étaient particulièrement étroites au niveau du côlon transverse et de l'estomac. La propagation au foie n'était pas douteuse, mais elle a pu être circonscrite sans trop de difficultés.

La description que j'ai donnée plus haut de cette volumineuse tumeur est en tout point conforme à la description classique du mémoire de Terrier et Auvray (*Revue de Chirurgie*, 1900).

Histologiquement, il s'agit bien d'un *épithélioma primitif de la vésicule biliaire à cellules cylindriques*, avec invasion partielle du foie. L'examen des préparations ne laisse aucun doute sur ce point.

Deux particularités cliniques méritent de nous arrêter un instant :

1° L'absence d'ascite et d'ictère;

2° Le développement anormal de la tumeur contrastant avec l'état cachectique de la malade.

Suivant la très juste remarque de Terrier et d'Auvray, en somme, dans tout cet appareil symptomatique, il n'y a rien qui puisse permettre d'affirmer d'une manière positive l'existence d'une néoplasie de la vésicule biliaire.

Si, dans la majorité des cas, le siège de la tumeur, sa forme, son volume, font incliner le diagnostic du côté des tumeurs de la vésicule, notre observation montre qu'il y a des cas où ce diagnostic est à peu près impossible, et où le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire s'impose pour ainsi dire fatalement au chirurgien. Il est toujours bon d'en être averti.

Il nous reste maintenant à envisager la question du *traitement chirurgical.*

J'ai pratiqué *la cholécystectomie* avec *résection partielle du foie.*

Cette observation vient donc s'ajouter aux faits recueillis antérieurement par Auvray et Terrier, pour démontrer que dans un certain nombre de cas cette opération radicale est *possible* et *légitime.*

La séparation de la tumeur des organes voisins s'est faite plus facilement que je ne m'y attendais, à raison de la multiplicité des adhérences et du volume des veines épiploïques.

A l'aide de clamps multiples, j'ai pu, d'une façon relativement rapide, me débarrasser de toutes les adhérences viscérales, et bientôt, la tumeur ne tenant plus que par le foie et la vésicule, le diagnostic s'est précisé, et je me suis en même temps rendu compte, d'une façon très nette, de la possibilité d'enlever la portion envahie du foie et le pédicule vésiculaire qu'elle recouvrait.

Le nombre des *résections du foie* pour cancers de la vésicule n'est pas encore si considérable, qu'il ne soit intéressant de souligner ici les principales particularités de cette observation.

La résection du parenchyme hépatique a porté sur un segment triangulaire du bord antérieur du foie, mesurant 5 à 6 centimètres à la base, 7 à 8 en hauteur.

Cette résection portant sur la partie mince du foie n'a intéressé que des vaisseaux hépatiques relativement peu volumineux; aussi l'hémostase n'a-t-elle pas présenté de difficultés sérieuses.

Cette remarque a son importance, car je n'ai pas employé les procédés complexes qui ont été recommandés pour la suture et l'hémostase du foie.

Je me suis borné à passer de gros catguts transversaux, en

ayant soin de les introduire à un bon travers de doigt de la tranche sectionnée. L'hémostase ainsi obtenue était suffisante, à part la partie inférieure de la tranche droite où j'ai dû ajouter une ligature antéro-postérieure.

Cette manière de faire très simple est aussi celle que recommanda Thöll, de Dantzig, au XXXIVe Congrès des chirurgiens allemands, tenu à Berlin en avril 1905.

En règle générale, je la crois suffisante, car on ne peut faire de bonnes résections du foie qu'à la condition d'agir dans le voisinage du bord tranchant, là où les vaisseaux sont relativement peu volumineux.

Au point de vue du résultat, je ne dirai que quelques mots : le résultat opératoire immédiat a été aussi satisfaisant que possible. Pendant les premiers mois, il semblait que le résultat serait aussi parfait, mais cette bonne orientation ne s'est pas maintenue, et si la malade est encore en vie, il n'y a plus de doute aujourd'hui sur l'existence de la récidive. Le résultat actuel confirme donc les conclusions peu favorables du mémoire de MM. Auvray et Terrier.

Je n'ai trouvé, dans mes recherches bibliographiques, qu'une seule exception à cette règle.

Elle a été apportée en 1902 au Congrès des chirurgiens allemands, par Wörner, de Gmund. Ce chirurgien a présenté une vésicule biliaire, sur laquelle il a découvert par hasard un petit cancer situé à l'union de la vésicule avec le canal cystique.

La malade était opérée pour une cholécystite suppurée; elle était encore bien portante deux ans et demi après cette opération.

Vivons donc dans cette espérance, qu'il nous sera donné un jour de voir plus tôt les tumeurs de la vésicule.

Qui sait si une intervention précoce ne donnera pas de meilleurs résultats que ceux que nous avons observés jusqu'ici.

Quelque imparfaites qu'elles soient, ces ablations de cancers de la vésicule avec résection partielle du foie ont donné des résultats opératoires suffisants pour qu'il soit indiqué de continuer à y recourir.

Présentations de malades.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse antérieur. Résultats du traitement par les injections sclérogènes.

M. Walther. — La jeune fille que je vous présente, âgée maintenant de seize ans, est entrée, au mois d'octobre 1906, dans mon service à l'hôpital de la Pitié pour une ostéite du pied gauche,

ostéite diffuse portant surtout sur les os de la rangée antérieure du tarse sur le premier et le deuxième métatarsiens.

Au niveau du tarse, plusieurs trajets fistuleux conduisaient sur les os très altérés. Le pied était bosselé de grosses masses de fongosités. L'amputation semblait s'imposer.

J'ai tenté la conservation, comme je le fais toujours en pareil cas, en faisant des injections sclérogènes et des grattages partiels.

Sept séries d'injections ont été faites du 26 octobre 1906 au 20 septembre 1907.

Au cours de ces interventions, j'ai pratiqué plusieurs grattages et l'ablation du deuxième métatarsien.

Vous pouvez voir aujourd'hui le résultat : pied déformé, mais bon, donnant un solide appui sur le sol.

La radiographie nous montre que les os de la rangée antérieure du tarse en grande partie détruite, ne formant plus qu'un bloc, sont fusionnés en une seule masse osseuse à laquelle se soudent les quatre métatarsiens conservés.

Ce résultat me semble excellent, et j'ai tenu à vous présenter cette malade pour vous montrer une fois de plus ce qu'on peut attendre de l'emploi des injections répétées de chlorure de zinc.

Oblitération cicatricielle des narines. Restauration par un procédé autoplastique particulier. Résultat définitif après cinq ans et demi.

M. Jalaguier. — Cette malade a été présentée à la Société de Chirurgie, le 30 juillet 1902 (*Bull. Soc. Chir.*, 1902, p. 891).

Le procédé opératoire se trouve décrit et figuré dans Nélaton et Ombredanne : *Traité de médecine opératoire et de technique chirurgicale* de P. Berger et H. Hartmann. « Rhinoplastie », p. 421.

On peut constater que depuis cinq ans et demi le résultat s'est très bien maintenu. L'enfant va rentrer dans mon service pour subir quelques retouches en vue d'obtenir l'abaissement de la partie postérieure des ailes du nez et l'amincissement de la sous-cloison qui est un peu empâtée.

Angiome de la langue.

M. Sebileau présente un volumineux angiome de la langue et demande l'avis de ses collègues.

M. Morestin. — Je pense que le meilleur parti à prendre est l'extirpation de la tumeur; en gardant deux lambeaux latéraux, on arrivera à reconstituer à la langue une pointe d'une longueur suffisante. L'hémorragie sera peut-être assez abondante, mais on en aura, j'en suis sûr, facilement raison. Le traitement opératoire guérira, je le crois, le malade en quelques jours, sans l'exposer à aucun danger sérieux.

M. Guinard. — Dans ce cas particulier, comme dans un cas que j'observe en ville chez un petit garçon, je serais disposé à faire non pas l'ablation de la tumeur, mais l'électrolyse. Je me rappelle toujours un cas merveilleux d'angiome énorme de la face que M. Schwartz nous a présenté ici parfaitement guéri par ce procédé.

M. Quénu. — J'ai opéré un assez grand nombre d'angiomes de la langue, et, ce qui m'a donné le meilleur résultat, c'est l'emploi du thermocautère; je me sers d'une très fine pointe enfoncée profondément pendant que les doigts d'une main appuient la muqueuse sur le cautère de manière à ne rien laisser du tissu érectile; quelques points de suture sur le petit orifice d'entrée du thermocautère assurent l'hémostase immédiate et secondaire. L'électrolyse nécessite plusieurs séances et me paraît trop douloureuse quand il s'agit de la langue. Je suis au contraire très partisan de l'électrolyse pour les angiomes diffus de la face, du voile du palais, des muscles géniens, etc.

L'association de la cautérisation et de l'électrolyse, voilà ce qui me paraît être la meilleure méthode pour ces angiomes veineux des cavités bucco-pharyngiennes.

M. Pierre Delbet. — L'heure est trop avancée pour qu'on puisse discuter le traitement de ces tumeurs de la langue. Je me borne à dire que ce sont le plus souvent des hémo-lymphangiomes, et qu'on peut les extirper sans s'exposer à des hémorragies terribles. Je suis profondément convaincu que si mon ami Sebileau entreprend d'opérer son malade, il mènera à bien l'opération.

Mais ce n'est pas, à mon avis, une question d'opérabilité qui se pose. Il s'agit de savoir s'il n'y a pas d'autre moyen que le bis-

touri de guérir de pareilles tumeurs. Je crois qu'il existe deux méthodes qui, lorsqu'elles réussissent, sont supérieures à l'exérèse au point de vue de la motilité de la langue : c'est l'électrolyse, dont on vient de dire tout le bien qu'elle mérite, et la radiumthérapie. Si l'on en croit certaines communications récentes, l'action du radium est différente de celle des rayons de Rœntgen et donne dans les angiomes des résultats particulièrement remarquables. Si ce malade m'était confié, j'essayerais d'abord la radiumthérapie.

Tumeur liquide de l'aisselle.

M. P. Michaux. — Je vous présente un homme de soixante-dix-huit ans, encore très vigoureux et auquel on donnerait facilement dix ans de moins.

Cet homme est porteur d'une volumineuse tumeur liquide qui occupe tout le creux axillaire gauche.

Cette tumeur serait apparue dans les conditions suivantes : il y a cinq semaines, en soulevant avec la main gauche une lourde malle pour la charger sur une voiture, le malade sentit une légère douleur à laquelle il n'attacha pas grande importance.

Le soir, éprouvant une vive démangeaison dans l'aisselle, il y porta la main et constata l'existence de la tumeur actuelle qui s'est présentée à nous avec les caractères suivants :

Le creux de l'aisselle est disparu et remplacé par une tumeur bilobée mesurant 20 centimètres transversalement, et 15 dans le sens vertical. La tumeur répond en avant au bord du grand pectoral, en arrière au grand dorsal; en bas elle descend sur la paroi costale, à un travers de doigt environ au-dessous du mamelon.

La peau qui la recouvre est normale, sans rougeur ni chaleur. La tumeur est manifestement fluctuante, liquide ; un sillon vertical la divise en deux parties, dont la postérieure paraît un peu plus volumineuse. Il n'y a aucune induration à la périphérie.

Une ponction pratiquée séance tenante donne issue à 250 ou 300 grammes de liquide séreux, jaune citrin.

En raison des anamnestiques, je me demandais s'il ne s'agissait pas d'un épanchement de sérosité par rupture des voies lymphatiques analogue aux épanchements de sérosité de Morel-Lavallée.

Le liquide recueilli a été sur ma demande examiné par M. Kahn interne de l'hôpital, qui nous a fourni les renseignements suivants :

« Le liquide à centrifuger était de couleur jaune citrin. Les trois quarts du tube s'étaient presque immédiatement pris en un

bloc de fibrine; ce bloc décanté, le reste fut centrifugé, fixé à l'alcool et l'éther et coloré par le bleu de Unna.

« La formule cytologique fut la suivante :

« *Lymphocytose extrêmement dense*, remplissant tout le champ microscopique.

« Pas de polynucléaires.

« Pas de gros mononucléaires.

« Quelques globules rouges déformés. »

Cette analyse ne répond pas à l'hypothèse que j'ai émise plus haut et qui me semblait la seule admissible. Dans les trois semaines qui ont précédé la ponction, le liquide s'est-il modifié? S'agit-il d'un kyste d'origine ganglionnaire par transformation d'une adénopathie bacillaire? L'apparence du malade, son très bon état, son histoire, ses affirmations ne semblent pas corroborer davantage ce diagnostic.

Je serais heureux si quelqu'un de mes collègues voulait bien me donner son avis.

La tumeur est bien diminuée de volume, mais elle présente encore quelques-uns des caractères qu'elle avait il y a quinze jours avant la ponction, et c'est pour cela que j'ai désiré vous la présenter.

Elections.

NOMINATION DE COMMISSIONS

Commission pour les associés étrangers.

Sont élus : MM. Legueux, Michaux, Potherat, Delens.

Commission pour les correspondants étrangers.

Sont élus : MM. Routier, Delbet, Lejars, Richelot.

Commission pour les correspondants nationaux.

Sont élus : MM. Bazy, Rochard, Broca, Tuffier.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson présente une observation de M. de Coville (d'Orléans), intitulée : *Luxation congénitale de la hanche. Ostéotomie sous-trochantérienne* (Bons résultats).

M. Kirmisson, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la ligature de la carotide primitive.

M. J. Vauverts, *membre correspondant.* — Je n'ai eu l'occasion qu'une fois de pratiquer la ligature de la carotide primitive au cours de l'ablation d'un volumineux sarcome du cou. Cette tumeur s'était développée chez un homme de soixante-sept ans, dont les artères avaient conservé une certaine souplesse.

Je réséquai 3 centimètres de la carotide primitive et quelques millimètres de chacune des carotides externe et interne. Quand je me décidai à faire cette résection, je pinçai d'abord lâchement la carotide primitive, puis augmentai peu à peu la force de striction, car je n'étais pas sans éprouver quelque crainte. Aucun phénomène anormal ne se produisit à ce moment, et ne s'est produit depuis l'opération, qui date actuellement de deux mois.

Je me contente de verser ce fait au débat qui se poursuit actuellement sur la question de la ligature de la carotide primitive, en insistant cependant sur ce fait que je dus joindre à cette ligature celle des carotides externe et interne à leur origine, et que, malgré cette triple ligature, aucun trouble n'apparaît ni immédiatement, ni ultérieurement.

Discussion sur les fistules de l'appendice.

Fistule pyo-stercorale ayant pour point de départ un moignon d'appendice.

M. Barrett (de Caen). — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques jours, un cas de fistule pyo-stercorale se rapprochant beaucoup de celui présenté par M. Quénu. Voici l'observation rapide de la malade.

Lingère, âgée de vingt-six ans, était entrée à l'Hôtel-Dieu au début du mois de juillet 1906. Elle présentait, au moment de son entrée, un volumineux abcès de la fosse iliaque droite, fortement saillant au-dessus de l'arcade de Fallope. C'était pour la première fois que cette malade était atteinte de lésions inflammatoires de ce côté, et, d'après les symptômes qu'elle avait accusés au début, il était assez difficile d'affirmer que l'abcès ait eu pour origine une appendicite ou une affection des annexes droites. Cela était d'autant plus malaisé qu'au toucher vaginal on trouvait une tuméfaction assez élevée dans le cul-de-sac droit, et on provoquait, par cette manœuvre, une assez vive douleur.

Je pratiquai l'incision pure et simple de l'abcès à un travers de doigt au-dessus de l'arcade et parallèlement à elle, et il s'écoula une grande quantité de pus très fétide. Lavage à l'eau oxygénée, drainage. La détersion se fit peu à peu, l'ouverture se rétrécit, mais il persista un petit écoulement muco-purulent très fétide par l'orifice. Au bout de trois à quatre mois, la fistule ne donnait que quelques gouttes par jour et la malade reprenait ses occupations

habituelles. A partir du mois de juin dernier, la malade conmença à avoir de temps en temps des crises de coliques très douloureuses, toujours suivies d'un écoulement plus abondant par la fistule; cet écoulement était devenu franchement stercoro-purulent.

Le 15 novembre dernier, j'ai pratiqué la cure radicale de la fistule pyo-stercorale. Ayant circonscrit par une incision prolongée, au-dessus et au-dessous, l'orifice fistuleux, après avoir gratté ses fongosités, je disséquai la fistule à travers les différents plans de la région jusqu'au péritoine; l'entonnoir fistulaire avait une profondeur de 2 centimètres et demi; il se perdait dans un foyer d'adhérences, assez molles heureusement, entre le cæcum, les anses grêles et la paroi abdominale. Après une libération très minutieuse, je puis reconnaître le cæcum et la terminaison de l'iléon, sur lequel me conduisait la fistule. Cependant, celle-ci s'étant divisée par le milieu, je constatai un orifice arrondi, rosé, parfaitement circulaire, accolé à l'iléon, et que je crus devoir s'aboucher dans sa cavité. Il n'en était rien; une fine sonde cannelée, introduite par cet orifice, pénétrait parallèlement à l'iléon dans le cæcum. Ce canal était entouré d'une paroi cylindrique que je détachai de l'iléon sur une longueur de 3 centimètres environ, et qui se continuait avec le cæcum. C'était un moignon d'appendice iléo-cæcal; l'autre extrémité était retenue dans les adhérences et du tissu graisseux. Son calibre était rétracté. Je réséquai le moignon appendiculaire et j'enfouis soigneusement, après ligature, sa surface de section à l'aide de quelques fils de catgut fin. Les tissus étaient très friables et injectés de sang. Drainage et fermeture de la plaie à deux plans.

Les suites de cette intervention ont été très bonnes pendant huit jours, puis il s'est fait de nouveau un écoulement de liquide intestinal par le trajet du drain. J'espère que cet écoulement, qui a déjà d'ailleurs beaucoup diminué, se terminera tout seul. Il doit être dû à la non-oblitération de l'appendice, qui était friable et chroniquement enflammé au niveau de la ligature.

Discussion sur les étranglements métalliques du pénis.

Extraction d'une virole d'acier enserrant le pénis.

M. Barrett (de Caen). — Je retrouve dans mes notes d'étudiant de première année le fait suivant dont je fus témoin dans le

service de Denis-Dumont, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu de Caen, en 1875.

Un forgeron âgé de quarante-six ans entre à l'hôpital dans l'état suivant : le pénis était considérablement tuméfié et déjà violacé ; à sa base, on trouvait une forte virole d'acier longue de 15 millimètres et épaisse de 4 millimètres. Elle provenait d'une coupe faite à l'extrémité la plus épaisse d'un vieux canon de fusil à un coup. On fit de vaines tentatives pour réduire le volume de la verge, on employa même une bande de tissu élastique. Un ouvrier mécanicien, serrurier très adroit, essaya avec une lime très coupante d'attaquer l'anneau métallique, ce qui était d'ailleurs très difficile à cause du gonflement des tissus. M. Denis-Dumont pris alors le parti de sectionner circulairement le fourreau de la verge au ras de l'anneau, puis il pratiqua trois incisions longitudinales parallèles divisant le fourreau en trois languettes qu'il rabattit en les retournant jusqu'à la couronne du gland, dépouillant ainsi les corps caverneux et la partie inférieure du canal de l'urètre. Il put alors dégager par refoulement les téguments de la racine du pénis et retirer l'anneau en le faisant glisser de haut en bas et en comprimant les tissus pour refouler le sang qui était retenu par la striction. Après quoi, il sutura les lambeaux remis en place par trois lignes de points longitudinaux et un rang circulaire à la racine de l'organe. Le pénis fut entouré d'un pansement au vin aromatique (on ne faisait pas d'antisepsie). La guérison se fit très régulièrement.

Discussion sur les parotidites.

M. E. Potherat. — Je serai bref sur cette question des parotidites, que je ne m'attendais pas à voir prendre un si grand développement. Mais aussi bien puisque la plupart d'entre nous ont émis leur opinion personnelle, j'ai pensé que je pouvais apporter moi-même le résultat de ma propre expérience.

Deux points ont été surtout abordés : la pathogénie de l'affection et le traitement qu'il convenait de lui opposer : c'est, je crois, ce point spécial qui avait motivé la présentation de mon collègue et ami Morestin.

En ce qui concerne la pathogénie, j'ai été vivement intéressé, comme vous tous, par l'importante communication de mon ami Legueu. Dans un langage à la fois élégant et précis, il nous a exposé avec des documents empruntés à l'expérimentation une

pathogénie ingénieuse, vraiment scientifique. Et cependant, malgré sa réelle éloquence et l'autorité de ses recherches expérimentales, Legueu n'a pas, je le crains, entraîné la conviction parmi nous.

L'arrêt de la sécrétion salivaire, la suppression de l'alimentation solide, la deshydratation de l'individu, déterminée par la purgation qui précède l'opération, sont autant de conditions que l'on observe chez tous les opérés, et qui sont plus nettement réalisées, ou réalisées au suprême degré, chez les malades subissant de grandes et longues opérations abdominales.

Conséquemment les parotidites post-opératoires devraient être fréquentes, puisque ces conditions sont répétées à des milliers d'exemplaires. Or, malgré tout ce qui a été dit ici, il est bien certain que les parotidites chez les opérés, et même chez les opérés d'affections gynécologiques ou abdominales, sont très rares, extrêmement rares.

C'est un premier point sur lequel je désire insister, point qui ne ressort peut-être pas assez nettement de la discussion actuelle. J'ai, comme beaucoup d'entre vous, à mon actif un nombre considérable d'interventions pour des affections chirurgicales de l'abdomen, ou gynécologiques; les opérations d'une durée de quarante, cinquante minutes, une heure et plus ne sont pas rares dans mon service; or, depuis que je suis chirurgien des hôpitaux, je n'ai observé que deux parotidites, et encore l'une d'elles, d'ailleurs bilatérale, avait-elle précédé l'opération.

L'un de ces deux cas a trait à une femme de soixante-huit ans, d'ailleurs dans un assez mauvais état général, grâce à une tuberculose du genou et du poignet, tuberculose à marche torpide. Cette femme fut prise de hernie crurale étranglée et que j'opérai avec succès le troisième jour de l'étranglement. Cette malade, en raison de son état général mauvais, n'avait pas dépensé 15 grammes de chloroforme et l'opération n'avait pas duré quinze minutes.

Et pourtant, sans raison, le huitième jour après mon intervention, nous vîmes la température de notre malade s'élever un soir à 38 degrés, pendant que la région parotidienne droite se tuméfiait. Pendant quatre à cinq jours la tuméfaction s'accrut, malgré les pansements humides compressifs et les petits massages, puis elle décrut lentement sans que jamais nous n'ayons vu sourdre, par le canal de Sténon, de pus spontanément ou au cours de pression. J'indiquerai plus loin comment cela se termina.

L'autre malade était une femme jeune encore amenée dans mon service dans un état lamentable. Elle avait été prise dix jours

auparavant de phénomènes de péritonite généralisée de cause indéterminée; tout d'abord elle s'était refusée à venir à l'hôpital et, quand elle y vint, elle avait un ventre très ballonné, partout douloureux, des vomissements verts très fréquents, un facies *ad hoc*, un pouls presque incomptable, la peau froide non élastique et les muqueuses cyanosées; elle portait, en outre, deux énormes parotidites très œdémateuses avec fluctuation profonde.

La mort me semblait proche, et je ne crus pas devoir faire autre chose que de donner dans les parotides à droite et à gauche un large coup de bistouri vertical, et cela sans anesthésie ni locale, ni générale; du pus infiltrait les mailles du tissu parotidien, mais il se trouvait aussi collecté et il s'en écoula en notable abondance. Or, contre toute attente, la situation s'améliora à la fois du côté du cou et du côté de l'abdomen au bout de quelques jours. Les parotidites guérirent toutes deux rapidement, je pus pratiquer secondairement une laparotomie et mettre à jour un vaste abcès abdomino-pelvien fétide, dont l'origine réelle en raison des adhérences intestinales n'a pu être élucidée ni à ce moment, ni plus tard. La malade porte encore aujourd'hui une fistulette abdominale, mais elle a une santé superbe.

Voilà, Messieurs, les deux seuls faits que j'ai observés. Dans ces conditions je ne puis admettre que la sécheresse de la bouche due à l'usage du chloroforme, que la déshydratation de l'individu, que la suppression de l'alimentation solide soient les causes efficientes de la parotidite post-opératoire. Je ne crois pas davantage à l'influence du traumatisme sous forme de pression pour relever la mâchoire au cours de la chloroformisation, puisque aussi bien ce sont là des conditions qu'on rencontre chez tous ou presque tous nos opérés et que la parotidite est d'une rareté tout à fait grande.

Je crois donc que la parotidite anté ou post-opératoire n'a pour cause qu'une infection générale, qu'elle ne se rencontre que chez certains opérés, que cette infection soit consécutive à l'opération, fait rare, ou qu'elle soit due à la maladie elle-même, fait plus habituel.

Pourquoi cette infection agit-elle sur la parotide plutôt que sur tout autre organe de l'économie? Voilà ce qu'il faudrait expliquer. J'avoue que je ne puis le faire d'une manière satisfaisante. Peut-être est-ce ici le cas de faire intervenir les causes invoquées par M. Legueu, causes qui trouveraient alors toute leur valeur et agiraient de toute leur influence occasionnelle, grâce à cette infection d'ordre général cause première de la lésion.

Quant au traitement, je ne crois pas qu'il mérite une longue

discussion. On a dit : il n'est pas besoin d'inciser les parotidites, et M. Reynier a été jusqu'à dire presque que c'était extrêmement grave de les inciser. Certes, il n'est pas indispensable d'inciser toutes les parotidites ; les faits, rapportés ici, de guérison par la seule expression à l'aide du massage, et qui sont dus aux orateurs qui m'ont précédé, le démontrent surabondamment. J'irai plus loin : je crois même qu'on pourrait rapporter des cas où, sans compression, sans massage, la guérison est survenue spontanément de la même manière que les choses se passent dans les parotidites ourliennes.

Mais je me refuse à considérer comme un traitement à rejeter parce que plus dangereux ou au moins inutile, l'incision.

Quand une parotide est rouge, tendue, luisante, non fluctuante, il ne faut pas l'inciser, car elle peut encore revenir spontanément ou par un traitement de douceur à son volume normal. Mais quand il y a de l'œdème, de la fluctuation, quand elle contient en notable abondance du pus collecté ou sur le point de l'être, je considère l'incision comme bien nettement indiquée, et capable de mettre heureusement et rapidement fin à des accidents graves en eux-mêmes. L'aphorisme « *ubi pus...* » trouve ici sa place avec autant de rigueur qu'ailleurs. Je vous rappelais tout à l'heure le cas d'une de mes malades qui huit jours après une opération de cure de hernie étranglée fut prise de parotidite droite intense. On fit des applications de compresses dites résolutives, on fit un massage doux ; il ne sortit jamais de pus ni même de liquide puriforme par le canal de Sténon, mais rapidement l'affection décrut, la température revint à la normale, ainsi que l'indique le tracé thermométrique ; je croyais la partie gagnée quand je constatai nettement un foyer localisé à la parotide accessoire ; ce foyer persistant et la malade en souffrant beaucoup, je plantai dedans la pointe d'un bistouri, je fis sortir par pression assez forte plein un dé de pus concret, et je crois avoir fait là une bonne besogne de nature à soulager d'abord, et à guérir plus rapidement ma malade sans lui faire courir aucun risque. Ce fait résume bien ma pratique sur ce point : ne pas se hâter d'inciser, mais intervenir franchement quand un foyer y invite le chirurgien.

M. Mauclaire. — Dans la discussion intéressante sur les parotidites, soulevée par la présentation de notre collègue Morestin, il a été question successivement des parotidites post-opératoires, puis, par comparaison, des parotidites non opératoires.

Depuis dix ans que je suis chirurgien des hôpitaux, j'ai observé seulement cinq cas de parotidites, dont deux post-opératoires.

Voici ces deux dernières observations:

Observation. — M. D... (Victor), cinquante et un ans, maçon. Entré à l'hôpital Dubois le 6 novembre 1907, pour une hernie inguinale droite, avec une pointe de hernie inguinale plus légère à gauche. Il tousse un peu en entrant pendant deux jours, mais sans fièvre. Cure radicale des deux côtés le 12 novembre.

Le 13 novembre, température rectale, 38°1.

Le 14 novembre, température rectale, 38°9.

Le 15 novembre, température rectale, 39°2. Apparition d'une tuméfaction, douloureuse à la pression, au niveau de la parotide droite.

Le 16 novembre, température rectale, 39°2. La tuméfaction a augmenté. Je pense faire une incision. La peau est rouge, plus tendue, mais je me contente de faire de l'expression; on voit le pus sourdre à grosses gouttes par le canal de Sténon. On en retire la valeur d'un dé. Pansements humides; antisepsie buccale.

Le 17 novembre, température rectale, 38°9. Même traitement : expression, pansements humides.

Le 18 novembre, température rectale, 38°1. Même traitement; on recueille du pus avec une pipette, par l'embouchure du canal de Sténon.

Le 19 novembre, température rectale, 37°9. Même traitement. L'examen du pus, par M. Chéné, a montré du staphylocoque pur. Le pansement des plaies opératoires de la double cure radicale de hernie montre que ces plaies ont réuni par première intention sans aucune rougeur.

Le 20 novembre, température rectale, 37°8. La tuméfaction est très diminuée. La face a presque repris sa symétrie. Guérison.

Voilà, certes, un cas dans lequel je ne croyais pas que l'expression de la glande suffirait à guérir l'infection parotidienne.

Ma deuxième observation est un fait de parotidite post-opératoire consécutif à une ostéomyélite, avec infection générale très grave, et opéré par moi à l'hôpital Bichat; le malade a succombé rapidement.

Voici, par comparaison, le résumé de trois autres cas de parotidites mais non opératoires que j'ai observés :

Dans une première observation, il s'agissait d'une *parotidite gangreneuse* au cours d'une fièvre typhoïde, et semblable aux faits rapportés ici par notre collègue Loison. La malade succomba rapidement à cette complication.

Voici ensuite un cas de *parotidite à répétition*, concernant une femme de quarante-cinq ans, qui avait présenté déjà trois fois des poussées de parotidite catarrhale du côté droit. Appelé pour l'examiner en mai dernier, je me suis trouvé en présence d'une tuméfaction de toute la joue, mais surtout au niveau de la parotide accessoire. On ne sentait pas de fluctuation bien nette. Il ne

sortait pas de pus par le canal de Sténon, que je n'ai pu cathétériser d'ailleurs. La tuméfaction et la fièvre persistant, je pensais me trouver en présence de suppuration phlegmoneuse évidente, de la glande parotide accessoire surtout. Je fis une incision très petite, et, malgré des explorations à la sonde cannelée, aucun foyer de suppuration ne fut ouvert. Après cette incision, la tuméfaction disparut, et la malade paraissait guérie. Mais, trois mois après, survint une nouvelle poussée de parotidite catarrhale, avec foyer de suppuration évident. Il fut ouvert par M. Labey, en mon absence. Cette fois, il fut possible de constater que du pus s'écoulait par le canal de Sténon.

L'observation suivante est plutôt une *sténonite à répétition*. Il s'agit d'un jeune avocat examiné tout récemment. Ce malade a présenté déjà deux fois, à quelques mois d'intervalle, une tuméfaction de la joue en son milieu. Au bout de quelques jours, cette tuméfaction faisait très saillie dans la bouche, et un flot de pus s'écoulait. Le fait semblable s'est reproduit le 22 novembre dernier. A l'examen, j'ai constaté la tuméfaction externe et surtout la tuméfaction interne de la joue. La muqueuse buccale est très saillante au pourtour de l'embouchure du canal de Sténon. L'ouverture du canal est au-dessous d'une saillie en promontoire boursouflé.

En exprimant le canal de Sténon et la parotide accessoire, j'ai fait sortir un pus abondant; le malade a été encore guéri très rapidement cette fois. La disposition anormale de l'embouchure du canal de Sténon a favorisé peut-être ici l'infection parotidienne à répétition.

Ces cinq observations confirment la plupart des faits qui ont été rapportés ici.

Les parotidites post-opératoires ressemblent aux autres variétés anatomiques ou étiologiques de parotidites; elles peuvent siéger : dans le canal de Sténon, dans la parotide accessoire, dans la parotide principale; elles peuvent être catarrhales ou phlegmoneuses. Le rôle étiologique de l'opération se résume en une dépression de l'état général et une modification, si minime soit-elle, dans l'état du milieu buccal et de la salivation parotidienne, du fait de l'anesthésie générale.

L'infection d'origine ascendante est évidemment la plus fréquente ; des malformations du canal de Sténon favorisent peut-être cette infection. Quand le sujet est en état d'infection générale, l'origine sanguine de la parotidite est possible.

Le diagnostic n'est pas toujours facile avec l'adéno-phlegmon profond intra-parotidien; j'en ai vu des exemples après des ablations dentaires.

Au point de vue thérapeutique, il est certain que, pour les sténonites, les infections catarrhales de la parotide accessoire et de la parotide principale, « l'expression » de la glande peut suffire pour désinfecter l'organe, et le pus s'écoule par la petite ouverture buccale du canal de Sténon. La sécrétion salivaire active ce nettoyage par un lavage rétrograde, et l'infection catarrhale mucopurulente disparaît.

Mais si l'expression de la glande suffit pour guérir les parotidites catarrhales, il n'en est pas de même pour les parotidites phlegmoneuses ou gangreneuses. Ici, l'incision est indispensable.

Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile de distinguer la parotidite catarrhale de la parotidite phlegmoneuse.

M. Morestin. — Messieurs, le 23 octobre, je vous ai présenté une jeune femme qui, à la suite d'une colpotomie pour suppuration pelvienne, avait été prise d'une parotidite intense dont elle avait guéri heureusement par l'expression quotidienne du canal de Sténon.

Cette modeste observation, accompagnée de quelques brefs commentaires, d'abord accueillie sans bienveillance, a été cependant le point de départ d'une discussion importante où l'on a abordé toute l'histoire des parotidites.

La question des parotidites post-opératoires est, en effet, très difficilement séparable de l'étude des parotidites en général, et l'on est amené presque forcément, à propos des phlegmasies parotidiennes qui suivent parfois nos interventions, à envisager l'ensemble des inflammations de la glande.

Néanmoins, les parotidites consécutives aux opérations ne peuvent pas être confondues purement et simplement avec les autres parotidites, et méritent, au moins de la part des chirurgiens, une attention particulière. Elles sont de connaissance relativement récente, puisque le premier cas relaté, celui de Bantok, date de 1878, et que le premier travail français consacré à ce sujet est la thèse de Benoit. « Nous n'avons trouvé, dit cet auteur, élève de Routier, aucune publication de ce genre en France. Mais les littératures allemande, anglaise et américaine nous ont permis de réunir une vingtaine de cas. »

La thèse de Benoit date de 1902. Aussi, suis-je un peu étonné d'entendre M. Tuffier nous dire : « Tous mes anciens maîtres d'internat m'ont initié à leur histoire et à leur traitement. »

Depuis le travail précité, les parotidites post-opératoires ont suscité un assez grand nombre de mémoires, notamment ceux de Morley (*Amer. Gynec.*, 1902), de Condamin (*Soc. Chir. Lyon*, 1903), de Dyball (*Annals of Surgery*, 1904), de Le Dentu (*Cliniques*, 1904), de Bucknall (*Soc. royale méd.-chir. de Londres*, 1904), de Chavannaz

(*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1905), de L. Morel (*Progrès Médical*, 1906), de Pichevin (*Semaine gynécol.*, 1907), de Pellé (*Th.*, Bordeaux, 1907), etc.

La Société de Chirurgie n'avait jusqu'ici jamais discuté cette intéressante question et il était bon qu'elle en fût saisie. En dépit des divers travaux que je viens de rappeler et de débats récents, certaines obscurités persistent, et la matière est loin d'être épuisée.

Tout d'abord, comment doit-on dénommer les accidents dont nous nous occupons? J'ai appelé ces parotidites *post-opératoires* et la plupart d'entre vous ont admis que c'était là, en effet, le terme préférable. Benoit intitulait son travail « Des parotidites consécutives à l'ovariotomie ». Chavannaz et Pellé les considèrent comme consécutives aux laparotomies. Dyball les appelle parotidites cœliaques. Il est certain que tous ces termes ont une signification trop restreinte, et qu'on peut voir survenir des parotidites après toutes les opérations. Sur les cinq cas que j'ai observés jusqu'ici, la parotidite est survenue une fois après l'ovariotomie pour kyste tordu au cours d'une grossesse, une fois après une colpotomie; dans un autre cas, après une opération pratiquée pour épiplocèle inguinale; dans un autre, après résection du maxillaire supérieur, et enfin, dans un dernier, après ablation d'un petit lupus du cou.

M. Tuffier pense que ces parotidites sont plutôt post-chloroformiques, mais je crois que dans un certain nombre d'observations, celles notamment qui nous viennent de Lyon, de chez Le Dentu ou d'Amérique, on s'est servi d'éther et non de chloroforme, et qu'en conséquence ces parotidites sont mieux nommées post-opératoires que post-chloroformiques.

Notre cher collègue Picqué estime que cette dénomination « ne peut qne prêter à équivoque », ce « terme ne devant être employé que si, à défaut d'une forme anatomique spéciale, il existe une relation étroite de causalité entre la parotidite et l'opération ». Or, M. Picqué semble admettre que dans les cas très rares où une parotidite survient à la suite d'une intervention, il s'agit d'une simple coïncidence. Malgré l'expérience considérable de notre collègue et l'importance d'une opinion basée sur un si grand nombre de faits bien observés, il est impossible d'accepter sa manière de voir. La plupart des sujets chez lesquels cette complication est survenue n'auraient très probablement rien eu de semblable s'ils n'avaient été opérés. Il est légitime de rapprocher de l'acte opératoire l'accident qui survient presque immédiatement chez l'opéré, et le terme post-opératoire constate simplement la succession sans préjuger en rien de la pathogénie.

Celle-ci présente encore bien des inconnues.

Il est bien certain que les théories réflexes sont insuffisantes, que les excitations même violentes et prolongées dans le domaine du sympathique n'expliquent pas les lésions parotidiennes, et qu'il faut chercher dans une infection leur cause dominante.

Cette infection est sans aucun doute, dans la grande majorité des cas, d'origine buccale. Les expériences très intéressantes qui nous ont été relatées par mon ami Legueu, complétant les recherches déjà anciennes de Claisse et Dupré, en fournissent la démonstration. Legueu déclare même que toutes les parotidites sont d'origine buccale. Cette opinion, sous une forme à peine moins exclusive, est actuellement très répandue.

En 1897, en rédigeant dans la Société de Chirurgie mon article sur les inflammations des glandes salivaires, après avoir résumé les travaux de Hanau, de Pillet, de Girode, de Claisse et Dupré, j'étais amené à penser que la distinction entre les parotidites ascendantes et descendantes était « illusoire dans la pratique », l'origine ascendante étant la règle presque absolue. Mais je pense aujourd'hui que l'opinion faite en faveur de la voie ascendante est trop exclusive, et que moi-même, sous l'influence des travaux parus au moment où je rédigeais mon article, j'ai été plus affirmatif qu'il ne fallait.

Pour les parotidites post-opératoires, l'examen clinique et la marche de la maladie suffisent dans beaucoup de cas pour que l'on admette aisément l'origine ascendante, puisque l'on trouve la muqueuse de la bouche altérée, le Sténon enflammé, que l'expression ramène du pus verdâtre et que cette manœuvre procure la guérison.

Toutefois je suis convaincu que, dans certaines circonstances, c'est par la voie sanguine que l'infection est réalisée. Dans plusieurs observations, on note en même temps d'autres complications explicables seulement par une septicémie. La parotidite est alors, au point de vue pathogénique, assimilable par exemple à une arthrite infectieuse.

Pour que la parotide s'infecte par voie ascendante ou descendante, il faut assurément d'autres facteurs que l'état septique de la bouche ou la présence de germes dans le sang circulant.

Le rôle des traumatismes locaux me paraît assez insignifiant, bien qu'*a priori* on soit tenté d'incriminer les manœuvres exercées par l'anesthésiste. Les glandes sous-maxillaires sont soumises à des pressions bien plus énergiques par l'aide qui relève la mâchoire, et jamais l'on n'observe de sous-maxillite post-opératoire,

Bien plus, à la suite des fractures des maxillaires, des luxations de la mâchoire inférieure et des efforts que nécessite assez sou-

vent leur réduction, au cours d'un grand nombre d'opérations sur la face, la parotide est fortement traumatisée, et l'on ne voit pour ainsi dire jamais survenir l'inflammation de la glande ainsi maltraitée.

Legueu insiste justement sur la diminution de la sécrétion salivaire, sur le rôle de la déshydratation, de la spoliation sanguine. Mais il y a bien d'autres facteurs susceptibles d'entrer en ligne: action des anesthésiques sur la glande salivaire, élimination de toxines venues du foyer opératoire ou du tube digestif. Dans certains cas où il y a hypersécrétion au cours de l'anesthésie, on pourrait peut-être invoquer la fatigue de la glande, diminuant sa résistance.

D'autre part, comment refuser au système nerveux toute influence dans la genèse de ces accidents? Nous savons quelle est l'importance des vaso-dilatateurs et des actions réflexes sur l'abondance de la sécrétion salivaire. L'irritation des premières voies digestives et même de l'œsophage ou de l'estomac retentit sur le fonctionnement de l'appareil salivaire. Ce n'est pas faire une supposition sans fondement que d'attribuer au système nerveux certaines perturbations trophiques de nature à faciliter l'infection ascendante ou descendante.

Il y a d'ailleurs certainement des variations individuelles dans la teneur microbienne latente de la terminaison du Sténon, des variations anatomiques de calibre, d'embouchure, de coudure, qui permettent l'accès plus ou moins facile des microbes de la cavité buccale.

Je remarque la proportion considérable de femmes parmi les sujets atteints de parotidites post-opératoires, bien que dans le milieu hospitalier les soins de la bouche soient en général moins négligés dans ce sexe, et je ne peux expliquer cette fréquence plus grande que par le nombre relativement considérable d'opérations abdominales sérieuses exigeant une anesthésie complète et prolongée.

Au total, on ne peut pas dire que les parotidites consécutives aux opérations aient une pathogénie très spéciale, puisqu'il s'agit d'infections banales, analogues au fond à la multitude des parotidites survenant dans les conditions les plus diverses. Il est toutefois indéniable que l'acte opératoire réunit un grand nombre de facteurs susceptibles de faciliter cette infection, en diminuant la résistance de la glande et en exagérant la virulence microbienne des premières voies.

Au point de vue clinique, elles ne présentent pas non plus de signes qui leur soient propres ou une évolution qui leur appar-

tionne rigoureusement. Il est impossible cependant de n'être pas frappé de leur bénignité habituelle. Dans un très grand nombre d'observations on voit que la résolution a été obtenue sans aucun traitement sérieux. M. Picqué pense que dans ces cas d'allure bénigne il s'agit probablement d'inflammations limitées au canal excréteur et les considère comme des pseudo-parotidites. Mais des formes extrêmement légères aux plus graves on trouve toutes les transitions, et je pense que s'il existe des parotidites atténuées et bénignes, il n'y a pas lieu d'accepter les pseudo-parotidites, à moins que l'on ne veuille désigner ainsi les adéno-phlegmons de la loge parotidienne, ce qui serait d'ailleurs fâcheux à mon avis. Je crois que l'examen attentif du sujet montrera chez tous les malades que l'on soupçonnerait d'avoir de ces pseudo-parotidites, qu'il n'y a pas de rétention salivaire, que le gonflement persiste, quand on a débarrassé le conduit de son bouchon mucc-purulent et qu'il est redevenu perméable.

La résolution facile et promptement obtenue de ces tuméfactions parotidiennes ne suffit pas pour que l'on mette en doute l'inflammation glandulaire elle-même, attendu que chez certains malades on voit survenir la guérison après désobstruction du Sténon, alors que l'extrême intensité des phénomènes locaux ne permettait guère d'hésiter sur le siège des phénomènes phlegmasiques dans la parotide elle-même. J'ai vu un cas de parotidite où les phénomènes généraux et locaux étaient tellement graves que l'on crut pendant plusieurs jours à un érysipèle de la face, et qui guérit très facilement sans incision extérieure, dès que j'eus débridé par la bouche le Sténon et extrait un petit calcul du conduit.

Chez un de nos malades atteint de parotidite post-opératoire bilatérale, je ne pus à aucun moment démontrer l'existence d'un écoulement muco-purulent par le canal de Sténon, ni d'un côté ni de l'autre. La bouche était parfaitement saine et l'on ne voyait auutour des orifices sténoniens ni tuméfaction ni rougeur. Je suppose que dans ce cas il s'agissait non de parotidite ascendante, mais d'infection par la voie sanguine.

Je n'ai vu pour ma part que des formes assez peu graves; le cas le plus inquiétant observé dans ma pratique était celui de la jeune femme que je vous ai présentée. Mais, bien entendu, je n'affirme nullement la bénignité constante, et, tenant compte de l'opinion autorisée de Legueu et Picqué qui voient cette complication sous un jour assez alarmant, je pense qu'il faut toujours formuler quelques réserves. Ces cas à évolution sévère doivent assurément se rencontrer chez des malades déjà débilités, alités depuis longtemps ou profondément infectés. A ce propos, je dirai

que les morts observées après les parotidites ne sont que dans une certaine mesure imputables à cette lésion elle-même. On a dû forcément attribuer à cette détermination locale le pronostic d'une infection générale.

Dans cette discussion, le point qui a été mis le plus nettement en relief, c'est une tendance à recourir aux moyens de douceur dans le traitement des parotidites en général. Les grandes incisions dans la région parotidienne s'imposeront sans doute encore de temps à autre, mais il faut renoncer à les pratiquer d'une manière précoce, surtout dans les parotidites post-opératoires.

Il convient d'attendre, de surveiller attentivement le malade et de mettre en œuvre les procédés susceptibles de désobstruer le canal de Sténon et d'assurer l'évacuation de son contenu septique. Le Sténon est en effet le *drain naturel* de la glande. En lui restituant sa perméabilité et en tâchant de réveiller les fonctions de la glande, on contribuera efficacement au retour à l'état normal. Le massage du canal pratiqué depuis son origine dans l'épaisseur de la glande jusqu'à sa terminaison, constitue une très précieuse ressource, et je suis heureux d'apprendre que plusieurs d'entre vous y ont recours depuis longtemps.

C'est là une manœuvre certes bien ancienne. Piorry l'employait déjà, Malfilâtre en rapporte des exemples dans sa thèse en 1864. A diverses reprises je l'ai vu mentionné ou recommandé, notamment par Claisse (*Société médicale des Hôpitaux*, 1899), par Bonnaire et Keim (*Presse médicale*, 1900). Il n'en est pas moins vrai que cette pratique est loin d'être aussi répandue qu'elle devrait l'être et que vous n'avez paru le croire. Aucun des nombreux travaux récemment consacrés à la parotidite post-opératoire n'en fait seulement mention.

Mon ami Hartmann croyait en avoir parlé dans son article du *Traité de Chirurgie*, mais il s'est borné à l'intention, car en réalité il n'est fait dans son travail aucune allusion à l'expression comme traitement des parotidites.

J'avoue n'en avoir rien dit dans l'article du *Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet, dont je suis l'auteur, mon attention n'ayant pas été attirée de ce côté par les travaux étudiés par moi à cette occasion.

M. Broca nous ayant signalé une clinique du professeur Duplay parue dans la *Gazette hedomadaire* et contenant les indications du traitement des parotidites par expression, j'ai parcouru la collection de la *Gazette hebdomadaire* depuis 1887 jusqu'à 1902. Je n'ai vu dans ce journal qu'une leçon de M. Duplay sur les parotidites, en 1891, leçon où M. Duplay ne parle pas d'expression, mais

préconise, selon les circonstances, des incisions successives ou une longue et profonde incision en avant de l'oreille.

L'expression sera justifiée toutes les fois qu'elle ramènera du muco-pus ou du pus. Elle ne saurait nuire, et bien souvent pourra éviter au malade une incision extérieure. Je pense que l'on pourrait aussi recourir avantageusement à l'aspiration à l'aide d'une ventouse. Chez une malade j'ai débridé les canaux de Sténon pour faciliter l'issue de leur contenu septique, et il m'avait semblé que cette petite manœuvre avait contribué à la guérison.

La mastication d'une balle de caoutchouc que nous conseille Legueu ne peut qu'être bonne, et pourra contribuer à rétablir la fonction salivaire pourvu que le malade y consente, ce qui n'est pas sûr, les mouvements de mastication étant à l'ordinaire fort douloureux.

J'approuve mieux les injections de sérum, et bien entendu le nettoyage soigneux de la bouche, point sur lequel nous sommes tous d'accord.

Enfin, s'il n'y a absolument pas moyen de faire autrement, l'incision indispensable devra à mon avis être pratiquée non pas au-devant de l'oreille, mais au-dessous, et cernera les parties postérieure et inférieure de la glande pour aboutir dans la région sous-maxillaire. Cette incision me paraît être la plus recommandable pour aborder la loge parotidienne, ouvrir les divers foyers et établir un drainage déclive.

Rapport.

Reconstitution des deux tiers inférieurs du tibia après nécrose par ostéomyélite,
par M. le Dr Lapeyre (de Tours).

Rapport par M. A. BROCA.

M. Lapeyre nous a envoyé, avec le séquestre correspondant à l'appui, l'histoire d'un enfant qui, à cinq ans et demi, le 19 novembre 1906, fut admis à l'hôpital pour ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia, sans arthrite du cou-de-pied, avec fièvre violente et gros abcès. La maladie avait commencé une quinzaine de jours auparavant et n'avait pas été traitée. Le malade ayant été examiné le 20 novembre, à la visite du matin, ne fut opéré que le 22 ; c'est là un point sur lequel je me permet-

trai une petite critique, quoique l'observation nous soit soumise pour tout autre chose. Je pense, en effet, que l'opération pour ostéomyélite aiguë, suppurée, est une intervention d'urgence; sans doute, dans le cas actuel, les accidents etaient déjà assez anciens, il n'y avait pas d'autre foyer, l'infection générale ne paraissait pas très grave; il n'en reste pas moins que la prudence ordonnait une opération immédiate. Sur ce point, tous les chirurgiens d'enfants sont d'accord, s'ils diffèrent — et encore pas beaucoup, comme l'a fait voir notre toute récente discussion — sur quelques détails de technique.

Donc, le 22 novembre, M. Lapeyre, par une longue incision occupant la moitié inférieure de la jambe, ouvrit un gros abcès dans lequel baignait le tibia dénudé sur toute la longueur correspondante. Le cartilage conjugal étant détruit, l'épiphyse fut évidée à la curette, sans que toutefois on pénétrât dans l'articulation, et le tiers inférieur environ de la diaphyse, comme nous le voyons sur la pièce, fut ouvert en gouttière.

A la suite de cette opération la fièvre tomba; mais la suppuration locale persista, le tibia dénudé se nécrosa jusque sous la tubérosité antérieure, et, le 15 janvier, M. Lapeyre enleva un séquestre long de 13 centimètres; il termina par un évidement à la curette de l'épiphyse inférieure. Comme la gaine périostique était encore fort molle, le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré. Il fallut encore, le 15 mars 1907, évider l'épiphyse inférieure et drainer l'articulation tibio-tarsienne, enfin envahie. Le 15 juin, il ne persistait plus qu'une petite fistule en bas, et la jambe présentait assez de rigidité pour qu'en la protégeant dans un appareil silicaté M. Lapeyre ait fait lever sur béquilles son petit malade, qui, dit-il, s'étiolait au lit. Le 15 septembre, l'enfant quittait l'hôpital, marchant sans canne, avec un appareil lacé, amovo-inamovible. Il y a ankylose tibio-tarsienne; le tibia régénéré est solide, mais avec, à sa jonction avec l'os ancien, sous la tubérosité antérieure, une incurvation assez notable à concavité externe. Le raccourcissement n'est que de 25 millimètres, l'enfant, revu le 25 octobre, ayant beaucoup grandi depuis un an.

Que deviendra ce raccourcissement ? D'après tout ce que nous savons sur la valeur physiologique de l'extrémité inférieure du tibia, il est probable qu'il ne subira pas une augmentation relative, par arrêt d'allongement, suffisante pour gêner notablement la marche. Au moins n'ai-je jamais rien vu de semblable chez la cinquantaine de malades dont je viens de faire publier l'histoire par mon élève Tostivint, dans sa thèse, et qui documentent un article récent inséré par moi dans le *Bulletin médical*. Mais, de la destruction,

qui paraît complète, de ce cartilage inférieur, je me crois autorisé à conclure qu'avant de déclarer le résultat définitivement bon, il convient d'attendre un peu : car le cartilage similaire du péroné est intact et il faut craindre qu'en continuant à faire allonger l'os correspondant, il ne repousse le pied en dedans, ainsi que plusieurs exemples en sont connus. De la description de M. Lapeyre, il résulte que la conservation du cartilage tibial et de l'épiphyse était impossible; mais on ne peut oublier que, malgré la fertilité médiocre de l'organe, sa suppression ne va toujours pas sans inconvénients ostéogéniques tardifs.

Cette réserve faite pour l'avenir, — et en ajoutant que de petites poussées inflammatoires plus ou moins éloignées ne sont pas rares en semblable occurrence, — il reste un beau résultat de régénération de la diaphyse tibiale après ablation d'un fort grand séquestre, et ces faits sont toujours intéressants à enregistrer, quoique tous nous en ayons d'assez nombreux dans notre pratique. Cette observation, ainsi que beaucoup d'autres, nous prouve combien est grande la tendance à la réparation de ces lésions chez l'enfant, combien on peut compter sur la régénération osseuse dans des cavités d'ostéomyélite même très considérable, et dans des cas où l'on n'a pas eu besoin de recourir à des procédés spéciaux d'ostéoplastie ou d'obturation. Je ne veux nullement jeter le discrédit sur ces méthodes qui ont leurs indications et qui peuvent nous rendre de réels services, mais qu'on a quelquefois le tort de systématiser, alors que chez la plupart des malades la guérison se produit fort bien sans elles; comme étendue de séquestre de la partie inférieure du tibia, abstraction faite des ostéomyélites bipolaires, le cas de M. Lapeyre représente à peu près le maximum du genre, et la radiographie nous prouve combien la reproduction est parfaite.

Si j'insiste un peu sur cette observation au lieu de vous la rapporter, comme elle nous a été communiquée, à titre de simple fait documentaire, c'est qu'elle me paraît faire bien suite à notre discussion à peine close sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. Elle est d'abord un exemple à l'appui de notre assertion que si la trépanation — ou plutôt l'ouverture large, en gouttière, de la diaphyse infectée — nous paraît utile pour faire cesser les accidents infectieux aigus, on aurait tort de croire qu'elle met à l'abri des lésions de l'ostéomyélite prolongée. Avec cette réserve, toutefois, que le retard de plus de quinze jours a ôté à l'opération une bonne part de son efficacité. Peut-être de là provient que la nécrose diaphysaire fut ici circonférentiellement totale et très étendue en hauteur. Car, dans les cas bien opérés, souvent le séquestre n'intéressera qu'une partie de la circonférence de l'os;

souvent aussi une partie de ce qui aura été dénudé par l'abcès sous-périosté pourra se recouvrir et reprendre vie. Mais la règle est que, d'une manière ou d'une autre, il se forme un séquestre plus ou moins étendu, nécessitant une ou plusieurs opérations secondaires, d'efficacité fort variable selon l'os considéré. L'extrémité inférieure du tibia, même quand presque toute la diaphyse se mortifie, est un des sièges les plus favorables à une guérison rapide et complète, sans fistule.

Mais à quel moment entreprendre ces opérations secondaires pour ablation des séquestres? Il est difficile de juger à distance cette opportunité pour un malade qu'on n'a pas vu. Quelquefois, en effet, certains accidents locaux, certains troubles généraux par suppuration intense peuvent nous forcer la main, nous inciter à intervenir de bonne heure. D'une manière générale, pourtant, je crois mauvais de se hâter, d'enlever l'os mort avant un délai de trois à quatre mois : d'abord, parce que bien souvent la séquestration totale ne sera achevée qu'à ce moment, et qu'elle est indispensable pour que nous ayons quelque chance de réussir par une seule opération; ensuite, et surtout, parce que le tuteur formé par la diaphyse ancienne est fort utile pour maintenir à la gaine périostique, où se fait l'ossification nouvelle, une forme et une longueur convenables. Si cela n'a pas grand intérêt quand une partie de la circonférence de l'os ancien continue à vivre, on comprend qu'il en soit autrement quand il y a destruction complète du levier osseux sur une longueur variable. Il faut que la suppuration profuse du début se soit calmée pour que la couche ostéogène du périoste décollé se mette au travail; et pendant les premiers temps il s'accumule des matériaux mous, peu à peu durcis par une ossification assez lente à devenir complète. C'est pour cela que, presque toujours, la résection immédiate est, pour la régénération osseuse, une pratique détestable; c'est pour cela que les séquestrotomies hâtives ne sont pas toujours les meilleures. Elles ne font guère gagner de temps — si même elles en font gagner — et elles exposent à des résultats orthopédiques moins bons. Que nous dit M. Lapeyre dans son observation? Qu'au bout de deux mois, quand il enleva l'os mort, il trouva une gaine osseuse molle, si bien que, s'il n'avait pas eu foi dans ce qu'enseignent les classiques, il eût songé à amputer un membre dont l'avenir lui paraissait fort problématique; et tous les spécialistes en chirurgie infantile l'encourageront dans cette tendance conservatrice. Mais tous aussi — ou j'en serais surpris — m'accorderont qu'au bout de trois à quatre mois l'os nouveau eût été bien plus épais, bien plus solide; qu'il eût été suffisant, à cette date, pour qu'un appareil plâtré eût été inutile; que cet appareil plâtré — auquel je ne me

souviens d'avoir eu recours que pour quelques cas *exceptionnels* où l'os nouveau s'est fracturé au cours de l'opération — eût été sans doute médiocrement efficace pour l'humérus ou le fémur, privés qu'ils sont d'un péroné ou d'un radius formant attelle. Je m'abstiens de juger le cas particulier, je le répète, parce qu'il peut y avoir à une conduite spéciale des indications spéciales, mais je ne veux pas laisser croire que l'observation ici résumée corresponde au type dont nous devons vulgariser la connaissance en pratique courante. Ce type, c'est la séquestrotomie tardive, au moment où l'os nouveau sous-périosté est bien constitué, en moyenne au bout de trois à quatre mois.

Mais de ce que cet os est suffisant pour ne pas se déformer s'il ne subit à peu près aucune charge selon son axe longitudinal, on ne saurait conclure qu'il va vite être en état de porter le poids du corps. Craignant une débilitation — dont les chirurgiens d'enfants en général n'ont pas très peur — par séjour prolongé au lit, M. Lapeyre a fait lever son malade d'assez bonne heure, le 15 juin, trois mois après la dernière retouche opératoire, qui datait du 15 mars. Et il en est résulté, malgré le silicate et les béquilles, une incurvation qui au bout d'un mois environ ne progressait plus et qui sans doute ne se fût pas produite si l'enfant se fût levé un ou deux mois plus tard.

Les chirurgiens non spécialisés ne se méfient pas toujours assez de cette mollesse, longtemps persistante, de l'os nouveau sous-périosté, mollesse qui me paraît en rapport avec l'évolution normale de l'os, sans qu'il soit besoin de faire intervenir « un rachitisme inflammatoire » dont on parle quelquefois, à Lyon surtout. De là, des incurvations diaphysaires, quelquefois très accentuées, qu'on observe presque exclusivement au membre inférieur, et qu'on eût évitées si l'on eût fait lever le malade un peu plus tard.

Tout en répétant, pour terminer, que je me garderai bien de porter un jugement formel à propos d'un malade que je n'ai pas vu, tout en reconnaissant que, dans quelques cas exceptionnels, séquestrotomie hâtive et marche précoce peuvent avoir leur raison d'être, je ne saurais dissimuler à M. Lapeyre que très probablement j'aurais appliqué à son malade les quelques préceptes généraux énoncés au cours de ce rapport. Sur ce fait particulier, il aurait sans doute beau jeu à me répondre que, mise à part une légère courbure sans grande importance, il a obtenu, sur un malade fort mal en point à l'origine, un fort beau résultat dont je suis le premier à le féliciter. Mais en tout état de cause il me pardonnera, j'espère, d'avoir saisi cette occasion pour exposer les conclusions pratiques auxquelles je suis arrivé pour mon propre compte, après avoir soigné plusieurs centaines d'enfants atteints

d'ostéomyélite, dont cinquante-deux à l'extrémité inférieure de la jambe, d'après les relevés faits par Tostivint dans mes observations.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Lapeyre et de déposer son travail dans nos archives.

M. Lucas-Championnière. — Ayant pris la parole dans la discussion à laquelle M. Broca vient de faire allusion pour préconiser l'intervention la plus rapide et la plus complète possible dans l'ostéomyélite, je tiens à préciser le sens de cette proposition.

La discussion portait alors sur l'ostéomyélite aiguë, sur la première période, et j'affirmai alors que cette intervention hâtive et large, allant jusqu'aux limites du mal, est de nature à prévenir une partie des accidents postérieurs à l'ostéomyélite. En cela j'étais en contradiction avec la plupart des chirurgiens qui ont pris la parole et qui ont estimé que cette intervention précoce ne met pas à l'abri des accidents secondaires.

Mais, dans le cas auquel M. Broca fait allusion, il s'agit d'une période tardive. Le sequestre a été produit. Il s'agit de savoir à quel moment on interviendra.

Or, là, je ne pense plus que l'intervention hâtive soit toujours favorable. Je pense qu'il faut laisser s'achever la séquestration de l'os et laisser aussi se constituer la défense par l'os nouveau. Il faut prendre des précautions pour ne pas infecter cet os nouveau au point de séparation. Il y a donc là à tenir une conduite un peu différente de celle que j'ai préconisée dans le premier cas.

Je n'émets aucune critique contre la pratique suivie par M. Lapeyre, qui a eu un très bon résultat pour des raisons particulières. Je me place seulement au point de vue très général de l'intervention pour l'ablation des séquestres secondaires.

Lectures.

M. Duval (P.). — 1° *Épithélioma de la région du menton.* — M. Morestin, rapporteur.

2° *Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.* — M. Tuffier, rapporteur.

M. Baudet. — 1° *Coup de feu du poumon.*

2° *Coup de couteau du poumon. Intervention.* — M. Picqué, rapporteur.

Présentations de malades.

Sarcome du maxillaire supérieur, récidive. Traitement par les rayons X.

M. Paul Thiéry. — J'ai l'honneur de présenter un malade atteint de sarcome du maxillaire supérieur dont l'histoire m'a paru intéressante au moment où l'on vient de discuter, au Congrès de chirurgie, la valeur de la thérapeutique des cancers par les rayons de Röntgen. Voici son histoire :

Holl..., jardinier, âgé de trente et un ans, toujours bien portant et ayant d'excellents antécédents héréditaires, s'aperçoit, en septembre 1906, au cours de sa période de vingt-huit jours, de la présence d'une petite tumeur implantée sur le rebord alvéolaire supérieur. A son retour à Paris, il est opéré par M. Lejars ; il sort de l'hôpital Saint-Antoine quelques jours après. Deux mois à peine se passent et son épulis reparaît.

Un dentiste consulté fait alors des cautérisations quotidiennes ; puis le malade reste sans soins jusqu'en août 1907.

Le 7 août, il entra à Tenon, salle Montyon. La joue droite est augmentée de volume, la peau est chaude, adhérente à la profondeur. Par la bouche, se voit une tumeur ferme, rosée, avec bosselures régulières. Pas de pédicule.

Il existe un prolongement dans la fosse nasale droite.

Pas de ganglions. Peu de symptômes fonctionnels (nasonnement, gêne de la déglutition, salivation).

Le 10 août, il est opéré. Résection du maxillaire supérieur.

L'examen de la pièce montre que l'on a affaire à un sarcome à cellules fusiformes ayant détruit une partie de l'os.

Le malade sort le 21 septembre en excellent état. Seule persiste une petite fistule, soignée par le médecin du malade.

Le 15 octobre le malade est revu. La paupière est œdématiée, la joue projetée en avant. Il y a manifestement récidive, comme en témoigne l'examen de la bouche.

Ne pouvant plus rien faire pour ce malade, et malgré le peu de confiance que m'inspire la cure des cancers par les rayons X, j'adressai ce pauvre homme à M. Béclère : à ce moment la récidive avait à peu près le volume d'une petite mandarine. Une première séance de radiothérapie est faite le 2 novembre; une deuxième séance huit jours après. Le malade doit retourner voir M. Béclère quelques jours plus tard pour être irradié une troisième fois : mais dans l'intervalle la tumeur fait de tels progrès que notre collègue s'abstient. Quand nous revoyons le malade, l'état local est véritablement effroyable! La tumeur a le volume d'une tête d'adulte : l'œil est projeté hors de l'orbite, la bouche est remplie par le néoplasme. L'état général est mauvais et les douleurs sont telles que le malade ne peut plus les supporter.

Je n'ai jamais vu une tumeur de ce genre présenter un tel volume et des phénomènes aussi bruyants : suivant l'expression d'un assistant, on voit la tumeur augmenter « d'heure en heure. » On ne peut évidemment tirer de ce fait que deux conclusions : ou il s'agit d'un sarcome à marche foudroyante insolite, ou l'irradiation a provoqué une accélération inaccoutumée de la marche du néoplasme. Mais en tout cas l'histoire de H... démontre bien que, contrairement aux affirmations des radiothérapeutes, les rayons X, considérés comme héroïques contre le sarcome, n'ont eu aucune espèce d'efficacité, et que le résultat a été au moins nul, puisque non seulement la marche du sarcome n'a pas été retardée, mais encore qu'elle a paru singulièrement accélérée.

Il n'y a malheureusement plus rien à faire pour ce malheureux dont les lésions dépassent les limites d'une chirurgie raisonnable.

Enorme fibrome intra et extra-buccal de la voûte palatine osseuse. Ablation par morcellement. Guérison.

M. Mauclaire. — N..., âgé de quarante ans, a vu se développer depuis quatre ans et progressivement, au niveau du maxillaire supérieur gauche, une petite tumeur très dure et non ulcérée. Examinée il y a un an par le médecin traitant, le Dr Saint-Cyr,

cette tumeur était très adhérente et grosse comme un petit œuf et insérée sur la voûte osseuse palatine, à la hauteur de la première petite molaire et intéressant aussi le rebord alvéolaire.

Il semble que dans son évolution cette tumeur ait d'abord présenté un prolongement intra-buccal, repoussant le sinus maxillaire en haut et la langue avec le mâchoire en bas.

Puis un deuxième prolongement se développa vers la joue, qu'elle repoussa fortement en dehors,

Enfin un troisième prolongement vint faire issue par la bouche au dehors et s'étala à la fois vers le nez et vers le menton.

Ce malade a été vu l'an dernier par plusieurs chirurgiens, en province et à Paris, qui refusèrent l'intervention.

J'ai vu ce malade en septembre dernier, dans son village; sa situation était lamentable. La tumeur extra-buccale, grosse comme les deux poings réunis d'un adulte, sort par la bouche. Elle repousse les incisives supérieures, la lèvre supérieure et le nez en haut; en bas, elle descend jusqu'au-dessous du menton. Sa surface est ulcérée. De temps en temps avec son conteau le malade ouvre quelques abcès à sa surface.

Le lobe jugal, gros comme un poing d'adulte, est très volumineux; toute la joue gauche est repoussée par une tumeur grosse comme les deux poings réunis. La commissure labiale est fortement déviée à gauche.

Le lobe intra-buccal est difficile à examiner. Je n'ai pu me rendre compte de ses rapports que pendant l'opération, il est gros comme une orange.

Le malade ne peut se nourrir qu'en introduisant les aliments en soulevant le lobe extra-buccal, véritable trompe aplatie.

L'orbite et l'œil gauche sont sains. Il n'est pas possible d'apprécier l'état des fosses nasales. Pas de ganglions sous-maxillaires. L'état général est assez bon. La tumeur est dure à la palpation. Elle paraît assez pédiculée; c'est pourquoi je tente une opération le 14 octobre dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon maître, M. Le Dentu.

L'anesthésie est bien supportée. Avec l'anse galvanique je circonscris le pédicule du lobe extra-buccal. La section est lente et difficile étant donnée la dureté de la tumeur. Les difficultés possibles de l'anesthésie me font abandonner l'anse galvanique et sectionner rapidement le pédicule avec les ciseaux. Il n'y a pas d'hémorragie notable pendant cette section. Section jugale horizontale de Jäger. Section du pédicule du lobe jugal de la tumeur. Les mâchoires sont écartées et je trouve un lobe intra-buccal adhérent à la face inférieure du maxillaire inférieur, à la voûte palatine osseuse. Incision des téguments en longeant le rebord sous-

orbitaire horizontalement, puis le sillon naso-jugal comme pour le premier temps de la résection du maxillaire supérieur; section sur la ligne médiane de la voûte osseuse palatine, et résection partielle du maxillaire en laissant le plancher de l'orbite. *Le pédicule d'insertion de la tumeur est sur la voûte osseuse palatine*, le sinus maxillaire est repoussé en haut, aplati. Tamponnement de la plaie. Sutures.

A mon étonnement, les suites de l'opération ont été très régulières. Lavages de la bouche. Il n'y a pas eu de fièvre à aucun moment.

A la suite de l'ablation, la joue gauche resta flottante, et la commissure gauche très déviée en dehors. J'ai fait un avivement esthétique qui donne actuellement à la bouche une petite dimension régulière.

La tumeur que voici est très dure à la coupe, elle est blanchâtre. Voici le point d'insertion sur la voûte osseuse-palatine ; cette tumeur n'est pas du tout vasculaire. L'examen histologique de la plaie a été pratiqué par M. Jolly, qui en fait un fibrome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse par places.

S'agit-il d'un fibrome, d'un fibro-sarcome du maxillaire à point de départ osseux ou d'une tumeur des glandes salivaires de la muqueuse de la voûte palatine, tumeurs mixtes dont j'ai déjà rapporté une observation dans la thèse de Pitance (Paris, 1897) et qui aurait subi une dégénérescence? Je ne peux que poser la question ; la suite de l'observation le démontrera.

Bandage-sangle pour les hernies.

M. Schwartz présente deux malades porteurs du bandage-sangle de M. Robert Lœvy.

Présentations de pièces.

Corps étranger de la terminaison du duodénum. Dentier ayant traversé l'œsophage et l'estomac et arrêté à la terminaison du duodénum, enlevé par entérotomie.

M. Chaput. — Le 16 novembre dernier, la malade avala pendant la nuit son dentier, qui ne s'arrêta pas dans l'œsophage, mais provoqua bientôt des douleurs assez vives situées un peu au-dessus de l'intestin, sur la ligne médiane.

La radiographie montra le corps étranger fixé au côté gauche de la 2e lombaire.

Je pensai qu'il était arrêté dans l'entonnoir pylorique et ne me pressai pas d'intervenir de suite.

Le 26 *novembre*, sous l'anesthésie lombaire, je fis une incision médiane sus-ombilicale, j'explorai l'estomac avec le plus grand soin, à travers ses parois, et j'arrivai à conclure que le corps étranger ne s'y trouvait plus ; à tout hasard je le recherchai dans l'intestin grêle en prenant à poignée des paquets d'anses pour aller plus vite.

Je fus assez heureux pour sentir le corps étranger situé profondément au-devant de la colonne vertébrale. En relevant le côlon transverse et abaissant les anses grêles, je constatai que l'objet se trouvait dans la partie sessile de l'intestin, couchée transversalement au-devant de la colonne.

Des pressions soutenues le firent descendre d'environ 2 centimètres, mais il était dans une situation encore difficilement accessible.

J'incisai la convexité de l'intestin à quelques centimètres au-dessous du corps étranger, et j'y introduisis une pince avec laquelle j'amarrai le dentier, mais il me fut impossible de l'amener. Ses extrémités aiguës s'enfoncèrent dans les parois intestinales, dont la séreuse seule restait intacte.

J'essayai en vain de dégager les parois avec des pinces. J'incisai alors jusque sur le corps étranger que j'amenai alors facilement.

La suture de l'intestin fut difficile à cause de l'embonpoint de la malade et de la profondeur de la région. J'y arrivai enfin.

La paroi abdominale fut suturée non sans difficultés à cause des poussées exécutées par la malade.

Le dentier est en caoutchouc rouge, il porte les 4 incisives du haut. Il mesure 3 centimètres d'avant en arrière et 43 millimètres transversalement.

Ses deux extrémités présentent des pointes métalliques longues de 8 millimètres, très grêles et très aiguës.

La malade va aujourd'hui aussi bien que possible. Grâce à l'anesthésie lombaire elle n'a pas vomi.

Remarques. — Il est très curieux de voir un corps étranger aussi offensif traverser sans encombre l'œsophage et surtout le pylore.

L'arrêt à la terminaison du duodénum n'a rien qui doive nous surprendre puisque l'intestin est à ce niveau bridé par la mésentérique supérieure et le ligament de Treitz.

Au niveau de l'œsophage et du pylore, le canal digestif, non

comprimé extérieurement, a pu se dilater suffisamment pour laisser passage au dentier, mais cela n'a pas été possible au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

Il semble que ce point doive être le lieu d'élection de l'arrêt des corps étrangers ayant déjà franchi le pylore ; si on n'en a pas encore fait la remarque, c'est qu'il est exceptionnel que ces corps ne soient pas au préalable arrêtés dans les premières voies digestives.

J'insiste sur la difficulté opératoire en raison du siège profond et des efforts de la malade. Les perforations imminentes que j'ai constatées sur l'intestin, nous indiquent qu'en cas de douleurs persistantes il convient d'opérer le plus tôt possible. La suture a été facilitée par la traction sur les lèvres intestinales faites au moyen de pinces de Kocher.

La longue et fine aiguille à péritonisation que je vous ai présentée l'an dernier m'a été aussi précieuse. L'anesthésie lombaire a été un peu gênante dans ce cas à cause des efforts de la malade, mais elle nous a dédommagé ensuite par l'absence absolue de vomissements.

Tumeur villeuse du rectum grosse comme une orange. Ablation large au galvanocautère avec la muqueuse au delà du point d'insertion.

M. Ed. Schwartz. — Je vous présente une tumeur rare du rectum que j'ai eu l'occasion d'enlever, il y a une huitaine de jours, à un homme de soixante-huit ans, entré dans mon service à l'hôpital Cochin. Cet homme, toujours bien portant, se plaignait, depuis trois mois environ, de ce que son fondement sortait de temps à autre quand il faisait effort pour aller à la selle, ce qui lui arrivait assez souvent par suite d'une constipation habituelle. Il le rentrait, puis tout était fini. Il n'a jamais perdu de sang, point important à noter ; par contre, il avait, ces derniers temps surtout, une leucorrhée très abondante, perdant quelquefois plusieurs cuillerées d'un liquide clair, muqueux, filant. Il ne souffre que depuis trois semaines, et cela dans le bas des reins, et c'est pourquoi il vient nous voir.

L'examen du rectum fait découvrir l'absence totale d'hémorroïdes ; le toucher fait constater la présence d'une masse volumineuse, mollasse, mamelonnée, insérée sur la paroi latérale droite et postérieure, à 6 centimètres environ de l'anus.

Le doigt a l'impression de toucher comme une éponge imbibée de liquide glissant et filant sous la pression. Un lavement admi-

nistré permet au malade de faire sortir la tumeur, qui est très volumineuse, rouge, mamelonnée, couverte de mucus ; elle a des battements synchrones à ceux du pouls.

J'en profite immédiatement pour en faire l'ablation. Rachistovaïnisation. J'enserre le pédicule formé par la muqueuse dans une anse de platine que je chauffe au rouge sombre. Je prends la muqueuse au-dessus et au-dessous avec des pinces de Kocher, de façon à pouvoir la retrouver si une hémorragie se produisait. Section lente. La tumeur tombe au bout de quelques instants. Ligature du pédicule avec trois gros catguts par-dessus les parties brûlées pour obvier a tout écoulement de sang, une fois qu'il sera remonté ; constipation pendant cinq jours.

Guérison complète.

Il s'agit, comme vous pouvez le voir, et comme le démontre l'examen histologique qui sera présenté avec les détails à la Société anatomique, d'une tumeur villeuse du rectum du poids de 200 grammes, volumineuse, étant donné le volume habituel (cerise, œuf de pigeon). Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation, c'est qu'elle n'a jamais donné le moindre écoulement de sang ; par contre, la leucorrhée était très abondante. Comme nous l'a montré notre collègue Quénu, c'est une tumeur relativebénigne, dont le pronostic doit toutefois être réservé vu sa transformation possible en cancer épithélial.

Péritonite tuberculeuse. Tuberculose des annexes péri-utérins. Cancer du col de l'utérus. Opération. Résultats.

M. E. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, un utérus, avec ses trompes et ovaires, que j'ai extirpé, par hystérectomie vaginale totale, à une malade de mon service de l'hôpital Broussais, il y a quatorze jours. Cette malade va très bien aujourd'hui, et elle va certainement guérir très simplement.

Cet utérus vous montre un épithélioma du col, déjà avancé ; vous voyez aussi que les annexes, trompes et ovaires, présentent, de l'un et de l'autre côté, des lésions manifestes et importantes.

Jusqu'ici, rien que de banal, et qui ne justifierait pas cette présentation ; mais le cas pathologique offre cette première particularité que la malade hystérectomisée vient d'avoir *vingt-quatre ans*. Le cancer de l'utérus à un âge aussi tendre est heureusement rare, car, si j'en juge par les phénomènes observés chez ma malade, l'évolution est très rapide, ce qui est d'ailleurs en accord

avec ce que nous savons du cancer chez les sujets jeunes. L'année dernière, j'eus dans mon service la mère et la fille, en même temps. J'avais opéré la mère d'une tumeur maligne des ovaires. La fille se présenta un jour à moi pour des pertes utérines survenues au cours d'une grossesse de cinq mois. Cette malade n'avait pas encore vingt-six ans. Elle mourut avant la fin de sa grossesse, avant sa mère atteinte d'une récidive, ou plutôt d'une propagation inguinale de son néoplasme malin. Ce sont là les deux cas les plus précoces que j'aie observés.

En outre, le fait actuel nous montre la valeur de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Je vous ai présenté ici deux malades opérées depuis cinq ans et chez lesquelles vous avez pu constater une complète disparition des accidents. Or, la jeune femme à qui appartenait cet utérus a été opérée, à l'âge de dix-sept ans, par notre collègue Michaux, d'une péritonite tuberculeuse avec ascite. Mon ami Michaux fit une laparotomie, ainsi que l'atteste la belle cicatrice médiane que porte la malade. Se borna-t-il à évacuer le liquide, et à assécher le ventre, comme je le fais moi-même ; y ajouta-t-il un lavage médicamenteux, à l'exemple de quelques chirurgiens, je ne puis le dire, la femme n'ayant pu me fournir de renseignements sur ce point. Toujours est-il que la malade vit ses douleurs disparaître, son ventre reprendre ses dimensions normales, et qu'aujourd'hui encore, sept ans après la laparotomie pratiquée par Michaux, elle peut être considérée comme guérie. Toutefois, elle est toujours restée très maigre.

Or, Messieurs, les pièces que j'apporte vous montrent que les lésions tuberculeuses n'ont peut-être pas totalement disparu, malgré les apparences cliniques, car les trompes à parois très épaissies, avec foyers caséeux, avec matière puriforme dans l'intérieur, semblent macroscopiquement atteintes de lésions tuberculeuses en évolution.

Donc la péritonite tuberculeuse pourrait guérir, sans que toutes les lésions abdominales tuberculeuses disparaissent du coup ; et les annexes péri-utérins, en particulier si souvent malades en pareil cas, pourraient continuer à développer leurs lésions tuberculeuses. Tout au plus le mode suivant lequel ces lésions continueraient à se développer serait-il ralenti par l'intervention chirurgicale.

Je dois dire toutefois que l'examen histologique fait par M. Géry, élève du professeur Gilbert, et dont je donne la relation écrite ci-dessous, n'est pas démonstratif de la tuberculose, mais seulement de l'inflammation.

L'examen bactériologique eût été plus concluant et n'a malheu-

reusement pu être fait; mais vraiment ces lésions que je vous montrent semblent, à l'œil nu, bien caractéristiques.

J'ajouterai que j'avais moi même déjà opéré cette malade il y a trois ans. Elle était venue dans mon service, à la suite d'une attaque d'appendicite aiguë, dont le début remontait à quelques jours seulement. J'opérai à chaud, j'enlevai un appendice gros, épais, très rouge, à péritoine dépoli. La guérison fut simple et rapide. Était-ce là une appendicite tuberculeuse? Il y a des probabilités, mais je ne puis l'affirmer, l'examen n'ayant pas été fait à ce point de vue.

Telles sont, Messieurs, les conditions particulières qui m'ont conduit à vous présenter ces pièces.

Examen histologique (relation de M. Géry). — Sur les coupes de l'utérus, on trouve un épithélioma métatypique, mais que l'on peut considérer comme nettement d'origine malpighienne ; il est constitué par des amas plus ou moins volumineux, plus ou moins irréguliers, de cellules polygonales, assez semblables entre elles; on ne trouve pas de globes épidermiques; les figures de karyokinèse y sont fréquentes.

Le tissu conjonctif qui forme la trame est dense, fibreux, très infiltré de cellules embryonnaires.

La muqueuse du corps de l'utérus présente les lésions habituelles de la métrite glandulaire. Les culs-de-sac glandulaires sont allongés et contournés, peu d'infiltration du chorion. Le muscle utérin est fortement sclérosé.

Sur l'une et l'autre trompe, on retrouve des lésions à peu près identiques. La muqueuse est infiltrée d'une manière intense; sa lumière est obstruée en partie par des leucocytes, pour la plupart polynucléaires. Les tuniques sont épaissies, œdématiées, avec, par places, de l'infiltration embryonnaire très dense. Peu de sclérose.

Sur une coupe, on voit un petit abcès sous-séreux. Rien ne permet, *anatomiquement*, de penser à la tuberculose; on ne trouve pas de cellules géantes; la majorité des leucocytes est constituée par des polynucléaires.

Pièce expérimentale de gastro-entérostomie.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je vous serais obligé de bien vouloir regarder cet estomac. C'est l'estomac d'un chien à qui j'ai fait une gastro-entérostomie le 1er novembre, il y a donc un peu

plus d'un mois. J'ai tué l'animal ce matin, et je vous apporte son estomac. Vous reconnaissez le pylore, avec une dizaine de centimètres de duodénum ; voici la bouche artificielle, avec une dizaine de centimètres d'intestin grêle.

Je remplis cet estomac d'eau, et vous voyez que cette eau s'écoule en beaucoup plus grande quantité par la bouche anastomotique que par le pylore. C'est là le fait que je tenais à vous faire constater. Au point de vue mécanique, l'orifice anastomotique fonctionne parfaitement. A l'état passif, sur l'estomac mort, il laisse passer plus de liquide que le pylore.

Permettez-moi, maintenant, de vous dire comment il fonctionnait sur le vivant. Voici l'opération que j'ai faite.

L'intestin grêle ayant été sectionné à 15 centimètres du cæcum, j'ai fixé l'extrémité inférieure du bout distal à l'estomac par une anastomose latéro-latérale, comme on le fait dans la gastro-entérostomie ordinaire. Puis, j'ai abouché l'extrémité inférieure du bout pylorique à la peau. Ainsi les matières qui passaient par le pylore pouvaient être recueillies au niveau de l'anus artificiel; celles qui passaient par la gastro-entéro-anastomose devant être expulsées par l'anus naturel.

L'opération a été faite le 1er novembre, et j'ai constaté que le gros intestin était rempli de matières. Le 2, le malade a été à la selle abondamment. Il a encore expulsé des matières par l'anus naturel le 3, le 4, et en très petite quantité le 5. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un mois, son gros intestin étant vidé, il n'a rien expulsé par l'anus naturel. Toutes les matières ingérées ont passé par le pylore; rien n'a passé par l'orifice anastomotique.

Voici donc les deux faits qui sont en apparence contradictoires, mais en apparence seulement. La gastro-entérostomie fonctionne parfaitement à l'état passif, sur le cadavre; elle ne fonctionne pas du tout à l'état actif, sur le vivant.

J'ai tenu à vous faire constater *de visu* la perméabilité et la perfection du fonctionnement mécanique de la bouche anastomotique, parce qu'on est toujours tenté de dire, quand une gastro-entérostomie fonctionne mal, que l'abouchement a été mal fait. Cette pièce prouve qu'un néopylore établi dans les meilleures conditions peut ne pas fonctionner du tout quand le vrai pylore est libre.

Cette expérience n'est pas unique. J'en ai fait moi-même un certain nombre qui ont donné à peu près le même résultat.

Présentation d'instrument.

Le réflecteur frontal à acétylène de Delpech.

M. Pierre Sebileau. — J'ai déjà plusieurs fois insisté ici sur le bénéfice que les chirurgiens tireraient de l'emploi du miroir frontal indispensable aux laryngologistes. Je trouve, pour ma part, un tel avantage dans le magnifique éclairage du miroir de Clar, que depuis longtemps je ne fais plus une seule opération, même sur un champ découvert comme la face et le cou, sans me servir de ce simple et commode appareil. Je suis étonné que mes collègues ne l'appliquent pas à la pratique de la chirurgie générale; mais ils y viendront.

A cet égard, l'idée qu'a eue et qu'a réalisée un de mes externes, M. Delpech, contribuera peut-être à vulgariser la méthode.

On peut — au moins dans les campagnes — n'avoir à sa disposition ni le courant urbain avec l'indispensable réducteur de potentiel, ni même l'accumulateur capable d'actionner la lampe à incandescence du miroir de Clar.

C'est précisément pour les remplacer, au moins le cas échéant, que M. Delpech a imaginé et construit le petit appareil que voici, très ingénieux et très pratique, puisqu'il est au pouvoir de chacun d'en fabriquer un semblable à peu de frais, une vingtaine de francs environ. Voici la description de cet appareil :

On a pris une lanterne de bicyclette. Normalement, cette lanterne est composée de deux pièces articulées ensemble : d'une part, le générateur de gaz acétylène et le bec; de l'autre, le réflecteur. Les rapports ont été modifiés : d'un côté, le générateur seul; de l'autre, le bec et le réflecteur qui ont été rendus solidaires. Entre les deux, on a placé un casque métallique de miroir frontal et un tube de caoutchouc amenant au bec le gaz du générateur au bec.

Générateur. — Le générateur n'a subi aucune modification. Il porte encore l'agrafe qui permettait de le suspendre à la bicyclette et qui peut servir à l'accrocher, soit à un clou fixé au mur, soit même au cordon de son tablier.

Tube de caoutchouc. — Il est d'une longueur de $1^m,50$ environ. On peut ainsi le placer à une certaine distance de soi quand on opère. Il sert de régulateur en ce sens que, si la quantité d'acétylène augmente, elle le distend et aucune explosion n'est à craindre

dans le générateur, la tension du gaz n'agissant plus à l'intérieur de lui.

Le tube aboutit à l'extrémité occipitale du casque, le parcourt d'arrière en avant et rejoint, sur le côté gauche du réflecteur, le tube métallique terminal sur lequel est vissé le bec à angle droit.

Réflecteur et bec. — Ils ont été soudés ensemble : sur le tuyau d'arrivée du gaz a été posé un robinet permettant de graduer à volonté l'intensité de la flamme en réglant l'admission d'acétylène. Au-dessous du bec se trouvait dans la lanterne de bicyclette un orifice sur lequel était vissé un chapeau métallique. Le pas de vis était le même que celui de la pompe servant à gonfler les pneumatiques et un coup de pompe ramonait la cheminée du bec. Rien n'a été changé; toutefois, comme un laryngologiste n'a pas toujours à sa disposition une pompe à pneumatiques mais qu'il ne manque jamais d'une poire de Politzer, le tube de caoutchouc qui conduisait l'air de la pompe au pneu a été coupé; il peut ainsi s'adapter sur l'extrémité conique de la poire à insufflation.

L'appareil démonté est contenu dans une boîte construite à cet effet. Les diverses pièces y sont très au large et elle est susceptible de réductions notables dans ses dimensions; telle qu'elle est, elle mesure 33 centimètres de long sur 14 centimètres de large et 7 centimètres de haut. Elle comprend une loge centrale pour le casque et le réflecteur; sur le côté gauche, deux cases : l'une, pour le générateur; l'autre, pour la plaque frontale; à droite, deux espaces ont été ménagés : un, pour une boîte de 125 grammes de carbure de calcium que l'on trouve dans le commerce; le second, pour des accessoires tels que : un bec de rechange, une boîte d'allumettes, etc.

AVANTAGES. — Ce miroir donne un bon éclairage frontal, pas très inférieur, semble-t-il, à celui fourni par le miroir de Clar. La lumière est blanche, ainsi qu'il en est de toute lumière d'acétylène, et se rapproche par sa couleur de la lumière solaire.

Le faisceau lumineux obtenu est large, car c'est un faisceau de rayons divergents. On aurait pu construire un réflecteur de même courbure que le miroir de Clar. Mais il était à craindre que les rayons caloriques ne devinssent gênants pour le malade; du reste, l'éclairage est très satisfaisant et il n'est nullement indiqué de l'augmenter.

Le miroir à acétylène fournit environ trois heures et demie de lumière sans qu'il soit nécessaire de recharger le générateur (la recharge est d'ailleurs facile, où qu'on se trouve).

Le prix de revient peut être estimé comme suit :

Achat, 20 à 25 francs, dont voici le décompte : lampe compre-

nant générateur et réflecteur, 8 francs; casque, 7 francs; caoutchouc, 3 francs; robinet et soudure, 3 francs.

Le bec dépense 25 grammes de carbure de calcium par heure, soit 5 centimes (et ce prix s'entend du carbure acheté en petites boîtes de 125 grammes que l'on trouve dans le commerce; acheté par boîte de 1 kilogramme, il coûte 50 p. 100 en moins).

INCONVÉNIENTS. — *Chaleur*. Elle n'est nullement gênante pour le malade si l'on se tient à la distance habituelle de lui. Elle le serait pour l'opérateur, mais on y remédie en interposant entre le front et la plaque frontale une épaisseur de caoutchouc comme celle qu'on adapte au miroir de Clar.

Odeur. — L'odeur désagréable d'acétylène n'existe pas quand le bec est allumé. Au repos, le générateur étant chargé, elle ne peut être évitée tant qu'il se dégage des gaz du carbure humecté; le gaz ne trouvant pas issue par le bec, s'échappe par un orifice ménagé sur le générateur. Mais ce dégagement est de très courte durée après qu'on a fermé la communication entre l'eau et le carbure.

Soins. — Le seul organe délicat du miroir frontal à acétylène est le générateur. Il faut l'entretenir avec soin. Après chaque séance, il devra être vidé, asséché et nettoyé méticuleusement. A cette seule condition, on aura un appareil sûr et fonctionnant bien.

CONCLUSIONS. — Tels sont les avantages et les inconvénients de cet appareil. Il donne un éclairage simple et économique, bien supérieur à la lumière réfléchie d'une lampe à gaz, et qui, en raison du volume réduit de l'appareil et de sa facilité de transport, peut avantageusement remplacer les accumulateurs et le miroir de Clar dans certains cas, dans celui, par exemple, d'un examen de malade à domicile ou d'une opération nécessitant un champ très lumineux.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Csasette.



SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1907

Présidence de M. Quénu.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

1°. —Une observation de M. le Dr Guillot sur *un cas d'étranglement du pénis par une bague métallique.*

2°. — M. Mesley : *Note sur quelques résultats défectueux de la rachistovaïnisation.* — M. Chaput, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des tumeurs para-intestinales.

M. E. Potherat. — Dans la séance du 20 novembre dernier, notre collègue mon ami Lejars nous a rapporté une observation intéressante due à M. le Dr Robert Proust, de tumeur paracolique, simulant un néoplasme malin, et qui, à l'examen histolo-

gique, s'est trouvée n'être autre chose qu'une masse inflammatoire.

Je ne reviens pas sur ce fait curieux dont les détails sont encore, sans doute, présents à votre esprit.

A cette occasion, M. Lejars s'est quelque peu étendu sur ces masses inflammatoires pseudo-néoplasiques; il a rappelé qu'il en avait fait une étude personnelle en 1906, que M. Okinczyc avait produit un travail se rapportant aux tumeurs inflammatoires des côlons, que moi-même j'avais décrit une péricolite adhésive sténosante donnant lieu à des signes et des accidents analogues à ceux des cancers intestinaux, qu'Hartmann et d'autres auteurs avaient signalé des faits analogues.

Enfin M. Lejars rapporte deux observations nouvelles qu'il rapproche de celle de M. Proust, l'une d'un vieillard de soixante-seize ans, à laquelle il manque à vrai dire, et heureusement, la consécration d'un examen anatomique, l'autre d'une femme de quarante-trois ans, chez laquelle la tumeur simulant un néoplasme et ayant entraîné des accidents d'occlusion intestinale, n'était autre qu'une tumeur inflammatoire péri-annexielle.

Je ne reviendrai pas sur les faits qui m'ont servi, l'année dernière, à décrire ici ce que j'ai appelé la péricolite adhésive sténosante et qui sont un peu particuliers. Mais je veux vous apporter des faits de tumeurs intestinales ou para-intestinales présentant tous les signes objectifs et les symptômes fonctionnels des néoplasmes malins de l'intestin, et qui n'étaient autres que des amas inflammatoires développés au contact immédiat, voire même dans l'intimité des parois intestinales.

Je rappellerai d'abord qu'il y a déjà plusieurs années j'ai eu l'occasion de vous parler ici d'une tumeur dure, ligneuse, sonore à la percussion, s'accompagnant de troubles intestinaux et d'un certain degré de déchéance organique. Or, l'opération m'avait conduit dans un foyer inflammatoire, dense, développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et englobant à la fois le péritoine et le côlon iliaque. Au centre de ce foyer, existait une toute petite cavité contenant quelques gouttes d'un liquide d'apparence visqueuse, assez clair. Cette néoformation inflammatoire avait eu pour point de départ une injection de sérum de Brown-Séquart que notre opéré nous déclara s'être faite à ce niveau nombre de semaines auparavant.

Un autre cas a trait à une jeune femme âgée de trente-sept ans que mon collègue à l'hôpital Broussais et ami Œttinger avait fait passer dans mon service pour y être opérée. Mon savant collègue pensait à un néoplasme du côlon ascendant, tout en faisant des réserves pour la tuberculose en raison des antécédents de cette femme. En fait, elle portait vers la partie moyenne du côlon

ascendant une tumeur irrégulière du volume d'une mandarine, dure, sonore à la percussion, s'accompagnant de périodes alternatives de constipation et de diarrhée; la malade s'amaigrissait progressivement.

La laparotomie latérale au niveau du bord externe du muscle grand droit, du côté droit, me conduisit dans le ventre sur une masse constituée à la fois par le côlon, le grand épiploon adhérent, et la paroi abdominale, elle-même adhérente. Je libérai d'abord le grand épiploon, puis je me mis en devoir d'isoler l'intestin de la paroi abdominale. Au cours de cette dernière manœuvre, je mis à jour une cavité contenant de la matière caséeuse; j'abrasai aussi largement que possible les parois calleuses de cette cavité, je mis un drain au contact de l'intestin et je refermai le ventre. Au bout de cinq semaines, cette malade était guérie, l'induration para-intestinale avait disparu, l'évacuation des matières se faisait régulièrement, et l'état général s'améliorait visiblement.

Le troisième fait que j'ai à vous rapporter est tout à fait analogue au deuxième cas de M. Lejars, rappelé plus haut. Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans. Presque tous les cas se rapportent à des malades de l'âge moyen de la vie, ou d'un âge avancé, c'est-à-dire à des sujets parvenus à ce qu'on pourrait appeler la période d'apparition des néoplasmes malins, ce qui contribue pour une part, minime je le veux bien, mais indéniable, au diagnostic de cancer intestinal.

Or donc, ma malade de quarante-deux ans était une ancienne cliente de mon service à l'hôpital Broussais. Elle y avait été admise pour des accidents infectieux utérins et péri-utérins dus à une fausse couche. Avec des soins appropriés, son état, grave à l'entrée, s'était rapidement amélioré, et, quand elle quitta mon service, cette première fois, elle ne présentait plus qu'un petit noyau d'induration, indolore, au niveau du ligament large gauche.

Or, voici qu'en juillet 1906 elle fut prise d'accidents d'occlusion intestinale des plus graves et à marche rapide. A un examen local on percevait, soit par le rectum, soit par le vagin, à bout de doigt, une masse irrégulière, dure, qui pouvait très bien passer pour un néoplasme du côlon ilio-pelvien. Le temps pressait; la malade, froide, avec un pouls filiforme, des vomissements fécaloïdes, était dans l'état le plus précaire; sans anesthésie générale, et après une injection d'un centigramme de cocaïne, je pratiquai un anus contre nature sur le côlon iliaque, grâce auquel les accidents d'occlusion cessèrent.

La malade se rétablit assez vite; elle était très amaigrie, décharnée presque, avant son occlusion; elle reprit un peu d'em-

bonpoint, des couleurs, de l'appétit : mais toujours persistait, dans le pelvis, une tumeur haut située, dont les limites étaient très vagues, qui semblait dure, irrégulière ; il était impossible de savoir exactement si elle était fixée ou mobile, mais les matières s'évacuaient exclusivement par l'anus contre nature. Le côlon ilio-pelvien et le rectum ne laissaient rien ou à peu près rien passer. Toutefois, il n'y avait ni glaires, ni matières sanguinolentes fluant par l'anus.

Ce que voyant, je me décidai, au bout de cinq mois, à pratiquer une laparotomie médiane, me proposant, suivant les circonstances, d'enlever le néoplasme (car il me semblait à peu près certain qu'il s'agissait là d'un cancer) par résection intestinale, suivie d'entéro-anastomose, ou bien de pratiquer purement et simplement une anastomose iléo-colique ou iléo-rectale dans la cas où je n'eusse pu enlever le néoplasme.

Or, cette laparotomie me conduisit sur une masse inflammatoire dure, englobant à la fois les annexes du côté gauche et le rectum, à la hauteur environ de la symphyse sacro-iliaque gauche. Je pus, non sans grande peine, mais heureusement sans léser d'une manière sérieuse les parois du rectum, enlever cette masse ovaro-salpingienne et périsalpingienne et libérer ainsi l'intestin, qui, dès le troisième jour, laissait passer les matières fécales, et désormais se mit à fonctionner régulièrement. L'anus contre-nature que portait encore la malade se rétrécit notablement; mais comme il ne se fermait pas complètement et qu'une fistule stercorale persistait, je fermai cette fistule le 21 mars de cette année par libération de l'intestin et entérorraphie latérale. Moins d'un mois après, ma malade, enfin guérie, quittait mon service. Elle est demeurée guérie au moins jusqu'en ces derniers temps, car les dernières nouvelles que j'ai eues d'elle ne remontent qu'à quelques semaines.

Ces trois faits, Messieurs, sont, vous le voyez, tout à fait disparates au point de vue de leur origine, mais ils ont ce caractère commun d'avoir présenté, dans leur évolution, dans leurs manifestations cliniques, dans leurs symptômes fonctionnels, un ensemble de signes rappelant d'une manière presque parfaite les traits distinctifs des néoplasmes malins de l'intestin.

Ces faits sont bons à connaître, tout d'abord parce qu'ils sont consolants et de nature à nous encourager à intervenir dans les tumeurs intestinales, ensuite parce qu'ils fournissent une explication satisfaisante et rationnelle à des faits de guérison persistante de tumeurs intestinales qui aurait pu paraître extraordinaires sans la possibilité d'une erreur de diagnostic qu'autorisent les caractères des pseudo-tumeurs néoplasiques para-intestinales.

M. Routier. — Dans le très intéressant rapport de notre collègue et ami Lejars, il y a deux choses : d'abord, le fait fondamental, observé par M. Proust, et à propos duquel M. Lejars faisait son rapport : lésion chronique du mésentère ou de l'épiploon; et, d'autre part, les faits cités par notre collègue : autres cas d'inflammation chronique du petit bassin, qui ont pu, comme dans le cas de M. Proust, faire croire à des cancers, alors qu'il n'en était pas question.

J'ai pour ma part observé des cas qui ont beaucoup d'analogie avec ceux qu'a rapportés notre collègue; le plus ancien dans mes souvenirs, est un cas que j'ai vu avec mon très regretté maître Terrillon; ce devait être en 1881, il s'agissait d'une jeune fille qui lui fut amenée par le professeur Lannelongue pour une tumeur énorme de l'abdomen.

Terrillon, que j'aidais, fit une incision médiane, crut voir un cancer généralisé de tout le ventre, et referma, son opinion fut corroborée par l'assentiment de tous les assistants; pendant que la cicatrisation de la laparotomie se faisait, la tumeur fondit, et la malade sortit guérie de la Salpêtrière.

Tout dernièrement, j'ai eu à opérer une femme très grosse qui souffrait d'une énorme hernie ombilicale. La libération de 30 ou 40 centimètres d'intestin inclus dans la hernie fut laborieuse; quand ce fut fait, je fus très mal impressionné par une énorme tuméfaction du mésocôlon qui obligeait l'intestin à former une circonférence à très petit rayon, presque un ongle, d'où peut-être les accidents herniaires qu'elle avait présentés.

Cette tumeur était dure, rougeâtre, et avait assez mauvais aspect. Je ne crus cependant pas devoir l'enlever. Je réduisis le tout et suturai ma malade. Les suites ont été très simples, cette tumeur n'a pas gêné le fonctionnement intestinal.

Pour ce qui est des tumeurs du petit bassin, il m'a été donné à plusieurs reprises d'opérer des malades qu'on croyait atteintes de cancer et qui n'avaient que des tumeurs inflammatoires chroniques; je pourrais les diviser en deux catégories :

Celles simplement atteintes de pyosalpinx anciens et cependant chez lesquelles, à cause de certains phénomènes cliniques observés, on avait pu croire à l'existence de tumeurs malignes du petit bassin.

Les autres que j'ai opérées, croyant avoir affaire à des pyosalpinx et chez qui, une fois la laparotomie pratiquée, on aurait pu croire à un néoplasme du petit bassin, alors qu'il s'agissait bien effectivement de pyosalpinx anciens.

Mais dans tous ces cas, et c'est ce qui d'après moi les distingue des néoplasmes, la fusion entre les tissus chroniquement en-

flammés et les parties voisines, vessie, intestins, épiploon, parois du petit bassin, est plus complète que dans les néoplasmes.

Dans les cas de cancer des annexes remplissant le petit bassin, il y a toujours des endroits libres d'adhérences, si petits soient-ils; il n'y a pas, je le répète, cette fusion intime des parties, qui sont noyées dans un tissu d'aspect grisâtre, fort épais, et dans lequel on trouve quelquefois de vrais abcès, d'autres fois de très petits foyers gros comme des pois plein de pus.

J'ajoute que malgré les réels dégâts produits par l'ablation de ces masses, la guérison s'obtient assez bien, probablement parce que ces noyaux ou ces abcès, quand il y en a, sont stériles.

Le plus grave accident qui puisse arriver, c'est de ne pouvoir pas bien péritoniser les surfaces; d'amincir par places l'intestin adhérent et d'avoir quelquefois des fistules intestinales consécutives.

Là encore je ferai remarquer la supériorité du drainage vaginal que j'emploie toujours. Quand l'intestin aminci se perfore, c'est par le vagin que se fait l'écoulement des matières, de là des accidents immédiats moins graves que lorsque cet écoulement se fait par la plaie de la laparotomie, et enfin, la possibilité de la guérison spontanée sans nouvelle intervention.

D'après ce que j'ai vu, il me semble pouvoir dire que ces cas sont moins graves qu'on ne pourrait le croire, étant donnée la lésion. Ce sont des cas sans doute analogues que l'on a guéris par des sérums divers, croyant guérir des cancers.

J'ai vu aussi deux cas qui m'ont beaucoup frappé, d'autant plus que je les ai observés presque en même temps.

En 1893, j'avais opéré une jeune femme de vingt-trois ans, pour deux énormes pyosalpinx qui avaient déjà été ouverts à Bordeaux par la voie vaginale.

Je l'opérai comme nous faisions alors, c'est-à-dire que je pratiquai par la laparotomie l'ablation des deux pyosalpinx, laissant l'utérus en place.

Mes ligatures furent faites à la soie; tout se passa bien; la malade recouvra la santé et j'avais pu constater ce bon état à plusieurs années d'intervalle.

En 1902, elle vint me voir, pâle, amaigrie, souffrant dans le ventre depuis six mois, et ayant vu se développer une tumeur dans l'aine gauche que son médecin avait qualifiée de hernie.

Je l'examinai avec grand soin et fus bientôt convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une hernie; cette tumeur était grosse comme une petite mandarine, irréductible, douloureuse, dure, et il me semblait que par le toucher je trouvais une induration de nature suspecte dans le petit bassin du même côté.

Je pensai qu'il s'agissait d'un cancer. Cette malade connaissait le professeur Tillaux, je l'envoyai lui demander son avis.

Notre regretté maître partagea mon opinion, et, bien que croyant à un cancer, m'engagea à en tenter l'ablation.

Or, il s'agissait dans l'aine d'un ganglion extraordinairement épaissi, avec quelques gouttes de pus au centre. En suivant son pédicule, j'arrivai dans une cavité située dans le petit bassin, au centre de laquelle deux grosses soies comme celles qu'on employait alors baignaient dans du pus.

Les suites furent simples, et cette dame se porte parfaitement.

A la même époque et à quelques jours d'intervalle, une jeune femme que j'avais opérée à l'hôpital Laënnec en 1890 revint me voir à Necker, avec aussi une tumeur dans l'aine et une induration dans le petit bassin.

Bien que la tumeur fût moins superficielle que chez la précédente, tout chez elle se passait derrière l'arcade crurale, je pus faire d'avance le diagnostic, et j'annonçai à mes élèves que nous allions ouvrir un abcès causé par des soies mises là douze ans auparavant. Ils avaient tous fait le diagnostic de cancer.

En effet, je pratiquai une incision parallèle à l'arcade et j'arrivai dans une cavité contenant quelques gouttes de pus et trois grosses soies.

Si j'ai rapporté ces deux cas, c'est pour montrer que l'inflammation chronique causée par des corps étrangers peut bien souvent simuler le cancer, et qu'il est possible que dans ces autres cas où la cause a échappé, le point de départ de ces tumeurs inflammatoires chroniques simulant le cancer pourrait bien être quelquefois quelque infection ou quelque corps étranger qui a échappé à l'opérateur.

Rapport.

Goitre parenchymateux volumineux et total, traité par l'exothyropexie, par M. le Dr O. Jacob, médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Rapport par le Dr J.-L. FAURE.

Messieurs, notre très distingué collègue le Dr O. Jacob, agrégé du Val-de-Grâce, nous a envoyé une intéressante observation de goitre traité par l'exothyropexie.

Il s'agissait d'un homme de vingt-quatre ans, maréchal des logis au 25e régiment d'artillerie, qui entra au Val-de-Grâce, dans le service du Dr O. Jacob, le 16 mars 1906.

Voici d'ailleurs son observation détaillée, telle qu'elle a été rédigée par le Dr Jacob lui-même :

B..., dont l'état général est excellent et la constitution très vigoureuse, n'accuse aucun antécédent personnel ni héréditaire. Il n'a jamais été malade. Il n'y a pas de goitreux dans sa famille : il est originaire d'ailleurs d'un pays où le goitre n'est pas endémique (Vigneul, dans la Meuse). Toutefois, le malade déclare avoir toujours eu le cou un peu gros.

B... fait son service régulièrement jusqu'à la fin du mois de janvier 1906. A cette époque, il éprouve une certaine difficulté à boutonner le col de son dolman et il constate que son cou a augmenté de volume, en avant surtout. Envoyé à l'hôpital de Bourges, il est soumis pendant un mois au traitement par l'iode, *intus et extra*. Aucune amélioration n'est obtenue par ce traitement; au contraire, la tuméfaction augmente et de la gêne respiratoire apparaît. Le malade se décide alors à entrer au Val-de-Grâce.

A la simple inspection on constate l'existence, dans la région antérieure du cou, d'une tumeur volumineuse qui soulève de chaque côté les sterno-cléido-mastoïdiens et qui, en avant, empiète sur la partie supérieure de la poignée sternale; la peau, à son niveau, a conservé sa coloration normale, elle présente seulement un réseau veineux plus accusé qu'à l'état normal. Le périmètre cervical, au niveau de la tumeur, mesure 48 centimètres.

A la palpation, on reconnaît que cette tumeur occupe la glande thyroïde, ou, plus exactement, qu'elle n'est autre chose que la glande thyroïde elle-même, mais considérablement hypertrophiée dans toutes ses parties. Ses lobes latéraux ont, approximativement, le volume du poing; leur extrémité supérieure déborde l'os hyoïde; leur extrémité inférieure atteint le thorax; le lobe gauche est un peu plus volumineux que le droit. L'isthme forme une masse, du volume d'une orange environ, qui recouvre un peu la poignée sternale et dont l'extrémité inférieure paraît s'engager dans l'orifice supérieur du thorax.

La tumeur a, dans son ensemble, une consistance mollasse; mais, quand on la presse entre les doigts, on perçoit, dans son épaisseur, l'existence de nodules résistants. Il n'y a ni battements, ni souffles vasculaires. La palpation est absolument indolore. La tumeur est mobile avec le larynx, et les parties molles qui la recouvrent sont mobiles sur elle. Les troubles qu'elle détermine sont assez accusés. Le malade est essoufflé dès qu'il essaie de faire le moindre effort. Il ne peut monter les escaliers sans être obligé de s'arrêter et de se reposer plusieurs fois. La voix est rauque. Le visage est fortement coloré, bouffi, et le malade se plaint de maux de tête fréquents. Le système nerveux, l'appareil vasculaire et l'appareil urinaire ne présen-

tent rien d'anormal. Il n'existe, en particulier aucun, signe de basedowisme.

En présence des signes sus-indiqués le diagnostic de goitre parenchymateux diffus s'imposait. Un essai de traitement par les rayons X (quatre séances de sept chacune) n'ayant donné aucun résultat, nous nous décidons à intervenir.

Opération. — L'opération est pratiquée le 25 avril 1906 sous l'anesthésie chloroformique. Incision transversale (ou, plus exactement, légèrement concave en haut: c'est l'incision de Kocher) répondant à la partie la plus volumineuse de la tumeur et s'étendant d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre. La section des muscles sous-thyroïdiens et la réclinaison des sterno-mastoïdiens met à découvert une volumineuse masse charnue, rouge, creusée de sillons tortueux qui lui donnent un peu l'aspect du cerveau: c'est la glande thyroïde hypertrophiée où l'on reconnaît encore assez bien l'isthme et les lobes latéraux. A sa surface rampent des veines dilatées dont le calibre égale, pour la plupart, le volume du petit doigt. Dans l'épaisseur de cette masse thyroïdienne nous essayons de trouver, pour en pratiquer l'énucléation, les nodules que nous avions sentis à la palpation. Mais nous n'en trouvons aucun et nous nous rendons compte alors que la sensation des nodosités obtenue en saisissant entre les doigts le tissu thyroïdien était uniquement due à la présence des sillons divisant la glande en une série de lobules. La recherche des nodules intraglandulaires s'accompagne d'une hémorragie abondante qui nécessite la mise en place de nombreuses pinces.

Ne trouvant pas, contrairement à notre attente, de nodules à énucléer, nous nous décidons à pratiquer l'extirpation du lobe thyroïdien le plus volumineux : le lobe gauche. Dans ce but, nous lions tout d'abord, puis sectionnons, le pédicule vasculaire supérieur et essayons ensuite de dégager de haut en bas le lobe glandulaire. Mais nous constatons bientôt que ce dégagement est rendu dangereux par l'existence d'adhérences qui, en plusieurs points, fixent la glande à la gaine du paquet vasculo-nerveux du cou et aussi à l'œsophage, et force nous est d'abandonner l'extirpation du lobe gauche.

Nous nous décidons alors à faire l'exothyropexie. C'est avec beaucoup de difficultés et en agissant avec prudence et douceur que nous parvenons à luxer au dehors une grande partie de la tumeur, et à la maintenir luxée. La luxation de l'isthme, dont l'extrémité inférieure s'engageait sous le sternum, a été particulièrement pénible ; elle a nécessité la ligature et la section des veines volumineuses allant se jeter dans le tronc brachio-céphalique. Des compresses de gaze aseptique sont placées entre la masse luxée et les lèvres de la plaie. Les pinces, qui, au cours de l'intervention, ont servi à faire l'hémostase, sont laissées à demeure: elles contribuent, du reste, à maintenir hors des lèvres de la plaie la masse thyroïdienne. Celle-ci a environ le volume d'un gros poing d'adulte.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été à peu près normales : il y a eu cependant, pendant les quatre premiers jours, une

légère élévation de température (37°8 à 38 degrés). En l'absence de toute infection visible de la plaie, et de plusieurs poussées d'urticaire, nous avons attribué ces petits accidents à une légère intoxication d'origine thyroïdienne.

Le pansement a été refait le deuxième jour après l'opération pour permettre l'ablation des pinces laissées à demeure. Les compresses de gaze, qui maintenaient la tumeur luxée, ont été enlevées en trois fois, le 1er, le 3 et le 5 mai. Le suintement, abondant pendant les premiers jours, a diminué rapidement. La tumeur a commencé à s'affaisser dès le 1er mai, c'est-à-dire dès le cinquième jour après l'opération. Pour hâter son affaissement, nous faisons à chaque pansement un badigeonnage à la teinture d'iode et, de temps en temps, quelques thermo-cautérisations au rouge sombre.

En même temps que la tumeur diminue, les troubles accusés par le malade avant l'intervention s'atténuent peu à peu. L'état général devient meilleur; l'éssoufflement disparaît; la face a repris son aspect normal; la voix est moins rauque.

La cicatrisation de la plaie est complète le 9 juillet et le malade quitte l'hôpital le 12 juillet. A ce moment, trois mois environ après l'opération, le périmètre cervical n'est plus que de 43 centimètres; l'isthme et le lobe droit sont encore un peu plus gros que normalement, mais le lobe gauche, le plus volumineux avant l'intervention, est à peine perceptible à la palpation.

Nous avons eu tout récemment (fin mars 1907, c'est-à-dire onze mois après l'opération) des nouvelles de notre malade. Tous les troubles ont disparu. Le cou a repris ses dimensions normales : il mesure seulement 42 centimètres au niveau de sa partie la plus volumineuse. L'isthme est encore un peu gros; mais, dit le malade, sa régression se poursuit régulièrement. La cicatrice est un peu déprimée et adhérente à la profondeur à sa partie moyenne, mais sans qu'il en résulte aucune gêne; du reste la cicatrice s'assouplit et son adhérence est moins marquée qu'au mois de juillet.

Au total, l'amélioration observée dans l'état du malade dès les premiers jours de l'opération a été s'accentuant et B... peut être considéré aujourd'hui comme complètement guéri. Il vient, du reste, d'être *reconnu apte à contracter un nouvel engagement militaire.*

Il ne faudrait pas conclure de cette observation que, désormais, il faut remplacer l'énucléation intra-glandulaire ou la thyroïdectomie par l'exothyropexie. L'énucléation intra-glandulaire et la thyroïdectomie restent toujours des opérations merveilleuses, en ce sens qu'elles permettent de guérir en quelques jours et sans risques sérieux des malades atteints d'une affection aussi pénible et parfois aussi dangereuse que le goitre.

Mais il est évident que des cas peuvent se présenter dans lesquels les difficultés opératoires, et les risques qui vont croissant avec les difficultés, sont assez grands pour qu'on doive préférer à

ces opérations idéales une opération de fortune, mais qui peut, le cas échéant, sauver la vie à un malade.

Nous savons tous, bien que les occasions d'opérer des goitres ne soient pas très communes à Paris, et que nous n'ayons pas, sous ce rapport, une expérience comparable à celle de nos collègues de Suisse ou de la région lyonnaise, nous savons tous que nulle opération dirigée contre les goitres ne vaut l'énucléation intra-glandulaire. Nous savons aussi que lorsque l'énucléation intra-glandulaire n'est pas possible, comme il arrive dans certaines formes de goitres parenchymateux dans lesquels il n'y a rien à énucléer, la thyroïdectomie partielle donne des résultats excellents. Mais nous savons aussi que, dans certains cas, la thyroïdectomie peut être une opération hérissée de difficultés et pleine de dangers, du fait des hémorragies qui peuvent survenir pendant l'opération. Dans ces cas, mieux vaut évidemment guérir son malade par une opération moins brillante et moins satisfaisante, mais en même temps moins dangereuse. C'est ce qui s'est passé dans le cas de M. Jacob. Ne pouvant énucléer des adénomes thyroïdiens qui n'existaient pas, ne pouvant mener à bonne fin une thyroïdectomie commencée et qui menaçait de mal finir à cause de l'hémorragie et d'adhérences aux gros vaisseaux et à l'œsophage, il a luxé son corps thyroïde et pratiqué l'exothyropexie, opération moins brillante, opération de nécessité, mais qui lui a permis de guérir son malade.

Je trouve qu'il convient de l'en féliciter, et c'est ce que je vous propose, en même temps que de vous souvenir, le moment venu, de ce confrère de l'armée qui est, en même temps qu'un chirurgien distingué, un anatomiste éminent.

Communication.

Traitement des hémarthroses du genou par la ponction, la mobilisation immédiate et l'application de la méthode de la progression des résistances,

par MM. les Drs E. ROCHARD et de CHAMPTASSIN.

Messieurs, je viens vous faire, au nom du Dr de Champtassin et au mien, une communication sur le traitement des *hémarthroses du genou par la ponction, la mobilisation immédiate et la progression des résistances.*

Ponction et mobilisation immédiate sont des procédés thérapeutiques sur lesquels point n'est besoin de s'expliquer; il n'en est pas de même de la progression des résistances. Cette méthode a déjà été exposée en partie à l'Académie de médecine par mon maître le professeur Berger, le 12 février 1907 ; mais je dois y revenir, car c'est la base du traitement que je veux vous exposer, traitement dont la ponction pour évacuer l'épanchement sanguin et la mobilisation immédiate pour permettre l'action des muscles ne sont que les deux premières étapes facilitant l'application d'une troisième, la progression des résistances, qui, elle, s'adressant à l'atrophie du triceps crural, est la base du traitement.

Pour comprendre cette progression des résistances, je vais faire appel à votre indulgence en vous demandant la permission de vous rappeler brièvement quelques principes qui régissent la physiologie du muscle sain; d'où il faut partir pour faire une bonne thérapeutique du muscle malade, si on peut donner ce nom à un muscle atrophié.

Tout d'abord, le muscle, suivant la loi générale de l'évolution des organes et des tissus, atteint de lui-même un certain développement naturel. Ce développement est du reste très variable suivant les sujets ; il y a là comme une aptitude héréditaire inhérente à la race, aptitude facile à comprendre du reste.

Cet état normal du développement musculaire constitue un premier stade qui peut, sous l'influence de l'exercice, faire place à un second stade, que nous avons appelé *état hypertrophique* du muscle, état hypertrophique caractérisé par l'augmentation de toutes ses qualités physiologiques et physiques et particulièrement le volume et la force.

Comment se produit l'accroissement normal du muscle et son hypertrophie par l'exercice? Simplement par l'augmentation du diamètre des fibres musculaires existantes sans qu'il y ait néoformation de ces fibres. Les fibres musculaires striées sont en effet créées dès les premières périodes de la vie intra-utérine; le nombre de ces fibres ne peut pas augmenter, le tissu musculaire étant un tissu à éléments constants. Il s'ensuit que l'accroissement normal et hypertrophique d'un muscle ne peut être dû qu'au grossissement des fibres primitivement formées.

Comment maintenant s'obtient l'hypertrophie d'un muscle? Par un travail systématique réalisé au summum dans l'entraînement athlétique, travail qui a pour effet de mettre en action le pouvoir contractile de la fibre et non, comme on est porté à le croire, de produire l'hyperémie qui accompagne la contraction musculaire.

L'état hypertrophique qui donne aux muscles ce relief dont l'homme se montre souvent si fier est obtenu par un *travail vrai*,

c'est-à-dire par un travail luttant contre des résistances. La contraction musculaire à vide, ou appliquée à de faibles poids, ne remplit pas ce but ; elle n'accroît pas la force et n'entraîne pas comme conséquence l'hypertrophie musculaire. Cette hypertrophie n'est pas fonction de la quantité des mouvements, mais de leur qualité ; ce qui veut dire que la répétition fréquente d'un même geste avec une résistance toujours la même n'arrivera qu'à produire une augmentation insignifiante de la circonférence du muscle. C'est ce qui se réalise dans la méthode de développement musculaire dite des *poids légers* ou *méthode suédoise* qui fait perdre beaucoup de temps pour un résultat minime. Au contraire, les mouvements pratiqués en faisant au muscle soulever des poids progressivement croissants amènent rapidement une hypertrophie proportionnelle à la résistance vaincue. C'est là la méthode dite des *poids lourds*, des poids progressivement lourds, la seule qui donne des résultats prompts et certains, méthode étudiée dans sa thèse sur l'entraînement athlétique par mon collaborateur le D[r] de Champtassin, qui a pu arriver à cette conclusion : que l'hypertrophie d'un muscle était proportionnelle à la résistance qu'on lui opposait.

Cette hypertrophie peut être évaluée. On s'en rend compte en mesurant la surface de section ou la circonférence du muscle. Cette surface de section augmente en effet avec la force que peut développer le muscle et cette force est proportionnelle à la résistance. Il faut encore savoir que le stade hypertrophique du muscle est un état temporaire. Cessez le travail et le muscle reprendra les proportions qu'il avait avant l'entraînement. L'hypertrophie est donc une qualité surajoutée à l'état normal du muscle.

Ces données normales étant connues, nous avons pensé qu'en soumettant un muscle atrophié au même travail qu'un muscle normal, on arriverait à lui faire rapidement récupérer son volume et sa force ; et expérimentant sur le triceps crural atrophié à la suite d'un épanchement articulaire, nous avons été étonnés de voir avec quelle rapidité on pouvait arriver à rendre à ce muscle les dimensions de son congénère, et cela chez des sujets qui avaient subi de longs mois de massage et d'innombrables séances d'électricité sans le moindre résultat.

Le massage, en effet, qui a une si grande valeur dans la résorption des exsudats, dans la disparition des adhérences, dans l'assouplissement des raideurs articulaires, a une action vraiment minime dans le traitement des amyotrophies. Que peut-il produire en effet ? une excitation réflexe de la fibre musculaire qui se traduit par une contraction presque moléculaire de cette fibre, con-

traction incapable de produire le plus petit mouvement du membre. On a dit que, par l'hyperémie qu'il produit, le massage avait une action trophique sur le muscle ; c'est possible, mais elle est sans résultat sur son développement, sur l'augmentation de sa circonférence, sur la force utile qu'il peut déployer, et c'est là le but à atteindre.

De même pour l'électricité qui essaie de se substituer à la volonté de l'individu en esquissant les mêmes effets, mais dont l'action est forcément limitée à cause des douleurs qu'un courant intense provoque, des troubles trophiques cutanés qu'il peut produire, à cause de la fragilité même du système nerveux qui en est le fil conducteur.

Fort heureusement, on associe depuis longtemps au massage et à l'électricité les mouvements volontaires. On recommande aux malades, à titre accessoire, de faire effort et d'utiliser leurs muscles le plus possible dans les actes usuels de la vie; c'est ainsi qu'on met en œuvre, sans le savoir, des résistances progressivement croissantes, et c'est plutôt aux tentatives de marche, aux efforts de plus en plus prolongés que le malade doit son amélioration qu'aux moyens thérapeutiques employés.

En faisant donc produire à un muscle par la contraction volontaire un travail progressivement croissant, nous avons un moyen de guérir en quelques séances l'atrophie musculaire. Contrairement, en effet, à ce qui se passe dans l'état hypertrophique d'un muscle qui, lorsqu'on cesse l'entraînement, déchoit aussitôt et tend à revenir à son état normal, quand un muscle dégénéré a repris sa forme grâce à la progression des résistances, on a beau cesser les exercices, le muscle reste ce qu'il est redevenu, un muscle normal, fort et bien constitué.

Pour en revenir aux *hémarthroses*, l'atrophie du triceps crural étant, dans tous les épanchements traumatiques du genou, la clé de la guérison durable, le point important est d'abord de traiter l'amyotrophie. Celle-ci disparue, la sécheresse de l'articulation s'ensuit. Ce qui entretient en effet l'épanchement articulaire, c'est le changement de statique produit dans l'intérieur même de l'article par l'atrophie du quadriceps qui ne tire plus sur la rotule.

A l'état normal, tendon, rotule et ligament rotulien forment une *sangle* qui non seulement consolide l'appareil articulaire par son application immédiate et contenue sur les condyles et le bord du plateau tibial, mais encore maintient la cavité de l'article et par conséquent la synoviale dans les conditions normales. Si par une cause quelconque l'atrophie du triceps apparaît, la sangle se relâche, ne s'applique plus qu'imparfaitement sur l'articulation

qu'elle maintient mal; l'intérieur de l'article en est pour ainsi dire agrandi, toute la statique articulaire est changée et les conditions de pression ne sont plus les mêmes. Il est raisonnable même de penser que les vaisseaux de la synoviale, trouvant du côté de l'intérieur de l'articulation une pression moins forte, laissent transsuder du liquide qui ne passerait pas à travers leurs parois si la *sangle rotulienne* faisait son effet.

Dans toutes les hydarthroses chroniques, en refaisant le triceps, nous avons obtenu des résultats qui ont par la rapidité de la guérison dépassé notre attente, et, dans tous les épanchements traumatiques du genou, le traitement cinésique appliqué immédiatement a produit des effets encore plus rapides.

Pour les hémarthroses, j'ai laissé, au début, quelques jours s'écouler entre la ponction et l'application de la progression des résistances; c'est ce qu'on verra dans les premières observations jointes à ce travail; puis je suis arrivé à faire la ponction aussitôt l'arrivée du malade à l'hôpital et la mobilisation avec contraction volontaire du triceps dès le lendemain. On s'adresse ainsi à un muscle dont les fibres n'ont pas eu le temps d'être très touchées et dont la réparation est par conséquent beaucoup plus facile.

On est étonné de voir la facilité avec laquelle les articulations traumatisées supportent ce travail quelquefois pénible, qui consiste à leur faire donner un effort maximum. Dans les 15 observations jointes à notre travail, il y en a deux dans lesquelles le traumatisme du genou était tout ce qu'il pouvait être, sans compromettre le squelette ou l'appareil ligamenteux de l'articulation, ce qui n'a pas empêché le traitement cinésique de suivre son cours et de donner d'excellents résultats.

Voici donc le traitement que nous appliquons aux hémarthroses : aussitôt la présence d'un épanchement sanguin reconnue dans le genou, on pratique une ponction de l'articulation; on évacue le liquide sanguin qui y est contenu et on applique sur le point où est entré le trocart un petit pansement au collodion. Dès le lendemain, on commence les mouvements avec progression des résistances.

La technique de ces mouvements présente certaines particularités :

En ce qui concerne les appareils, beaucoup sont aptes à remplir le but recherché. Nous en excepterons cependant les dispositifs à contrepoids gradué, dans lesquels l'existence d'un bras de levier fait varier constamment la valeur de l'effort, suivant le « moment » de la force. Le muscle, dont l'effort est régulièrement progressif, s'accommode mal de la variation du contrepoids. Nous

en disons autant, et pour des motifs analogues, des appareils à tractions élastiques, dont la résistance n'est pas la même pendant toute la durée du mouvement.

Ces appareils que nous préconisons consistent en une série de poids gradués, suspendus à une corde qui passe sur une poulie de réflexion et qui se termine par un dispositif de préhension (poignée ou étrier). Le membre en se contractant fait aussi effort et soulève la charge suspendue.

La position dans laquelle le malade devra se placer est également variable. C'est ainsi que pour refaire le quadriceps crural, le sujet pourra faire travailler son muscle, soit assis, soit couché. Couché à l'aide d'une réflexion, sur une poulie, il produira un effort dans le sens horizontal; assis, en soulevant directement un poids attaché à son pied, par l'extension de la jambe sur la cuisse fixée au bord du lit, il produira un effort vertical.

Dans notre technique, nous ne faisons travailler le muscle qu'en contraction dynamique; c'est elle qui produit le seul travail utile, et nous supprimons la contraction frénatrice.

Il est, de plus, nécessaire que la personne qui dirige le traitement ait une certaine autorité. Les premiers mouvements sont en effet douloureux, et il faut que le médecin traitant arrive à les faire pratiquer à son malade sans crainte même de pousser l'effort à son maximum.

Dans les quinze observations jointes à ce travail, la guérison a varié de huit à vingt jours; c'est dire qu'elle a toujours été très rapide et elle s'est constamment maintenue. Seuls les malades qui, se trouvant suffisamment améliorés, ont voulu quitter l'hôpital malgré nos avertissements, ont dû revenir faire quelques séances.

Je termine en comblant une lacune qui m'a été signalée par mon maître, le professeur Berger, dans le rapport qu'il nous a fait l'honneur, à M. de Champtassin et à moi, de lire à l'Académie de médecine. Il nous faisait observer avec juste raison que nous n'avions pas suffisamment défini les indications de la méthode de la progression des résistances.

Cette méthode s'adresse donc à tous les traumatismes articulaires, qu'il y ait ou non épanchement, lorsqu'il existe de l'amyotrophie, avec cette réserve toutefois qu'il faut s'être assuré de l'intégrité du squelette et de l'appareil ligamenteux.

Quand l'épanchement sera notable, on commencera par pratiquer une ponction évacuatrice et, dès le lendemain, on fera faire les premières contractions musculaires au malade, sans soumettre l'articulation ni à l'immobilité, ni à la compression.

L'ancienneté de la lésion n'est pas une contre-indication. Elle ne fera qu'augmenter la durée du traitement.

La méthode s'adresse encore à toutes les arthrites rhumatismales chroniques, se manifestant soit par de l'épanchement, soit par de l'atrophie musculaire.

Le rhumatisme blennorragique en est aussi justiciable. En même temps qu'on mobilisera l'articulation, on soignera l'atrophie musculaire par la progression des résistances. Nous avons pu en une vingtaine de séances faire reprendre sa vie active à un confrère qui, atteint aux deux genoux, était incapable de tout mouvement depuis trois mois, et sur lequel massage, électricité et radium avaient été totalement inefficaces.

Dans les arthrites dites sèches, avec déformations articulaires, la méthode est inefficace.

Elle doit être absolument proscrite lorsqu'on soupçonne la présence de fongosités ; aussi avant son application est-il nécessaire de poser un bon diagnostic.

Obs. I. — H..., cinquante-six ans. Renversé le 24 septembre 1904 par une bicyclette. Hémo-hydarthrose. Compression. Disparition lente de l'épanchement. Le 25 octobre, le malade veut reprendre la marche. L'épanchement se reproduit presque aussitôt. Compression à nouveau. Le 28 octobre, ponction. On retire un demi-verre de liquide hémorragique. Le membre est pris dans un appareil plâtré. On le retire le 10 novembre, et après quelques séances de massage et de bains sulfureux, sans résultat appréciable, le malade commence le *traitement cinésique.*

Il présente une atrophie très marquée du quadriceps fémoral gauche. Les mensurations sont, à 12 centimètres du sommet de la rotule : cuisse droite, 36 centimètres ; cuisse gauche, 34 centimètres.

Au 6e jour, le malade commence à mieux marcher ; il peut fléchir sur les jambes et se redresser sans trop de difficulté. Au 14e jour, le malade est guéri. Les mensurations de la cuisse sont pour les deux cuisses 36 centimètres et demi à 12 centimètres du sommet de la rotule.

Obs. II. — H..., trente-six ans. Le 3 janvier 1905, le malade tombe sur le verglas. Gonflement de l'articulation du genou droit. Compression.

Le 7, ponction. On retire un demi-verre à bordeaux de liquide hémorragique. Compression à nouveau.

Le 17, léger retour de l'épanchement.

Le 23, commencement du traitement cinésique. Mensuration.

A 12 centimètres au-dessus du sommet de la rotule : cuisse droite, 42 centimètres et demi ; cuisse gauche, 45 centimètres.

Au 15e jour, les mensurations sont égales pour les deux cuisses. Le malade est guéri et marche très bien.

Obs. III. — H..., trente et un ans. Le 25 janvier 1905, chute à plat ventre, le membre inférieur gauche étant dans la rectitude. Impossibilité de se relever. Dans la nuit, gonflement du genou gauche. Impotence fonctionnelle absolue.

Le 27, ponction. On retire un demi-verre de liquide hémorragique. Compression pendant quarante-huit heures.

Le 4 février, le malade essaie de se lever. Il marche un peu avec une canne : l'épanchement se reproduit, abondant.

Le 6 février, commencement du traitement cinésique. Mensuration à 12 centimètres au-dessus du sommet de la rotule : cuisse droite, 37 centimètres ; cuisse gauche, 35 centimètres.

Au 15e jour, les mensurations sont égales pour les deux cuisses. Le malade est guéri. L'épanchement a progressivement disparu.

Obs. IV. — Hémarthrose du genou, consécutive à une chute avec entorse du genou, le 5 mai 1906. Ponction, évacuation de 80 centimètres cubes de sang. Le 6 mai, compression ouatée pendant quarante-huit heures.

Le 8 mai, le traitement cinésique est commencé, l'impotence fonctionnelle est absolue, le malade ne peut détacher le talon du plan du lit : un fort œdème par contusion du membre ne permet pas de pratiquer les mensurations.

Le 18e jour, l'œdème a complètement disparu, le malade marche bien; la mensuration donne la même circonférence des deux côtés. Il reste néanmoins encore un peu de liquide dans le cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale.

Le malade, qui est un accidenté du travail, n'a subi le traitement qu'avec beaucoup de mauvaise volonté. Il n'a jamais voulu faire à fond les mouvements d'extension. Il demande son exeat.

Obs. V. — Le 14 mai 1906, entorse du genou avec gros épanchement sanguin intra-articulaire.

Ponction le 15 mai, évacuation de 45 centimètres cubes de liquide sanguin épais. Compression ouatée jusqu'au 31 mai, à cause de l'état des ligaments.

Le 1er juin, le traitement cinésique est mis en train. A ce moment, une certaine quantité d'épanchement s'est reformée dans la synoviale : la quadriceps est fort atrophié. A 12 centimètres de la rotule, la mensuration comparée donne les résultats suivants : cuisse droite, 50 centimètres; cuisse gauche, 46 centimètres.

Le 8e jour, le malade marche assez bien; le liquide s'est résorbé en partie; la différence entre les deux cuisses n'est plus que de 2 centimètres. Le malade demande sa sortie. Il revient de temps en temps faire des exercices d'extension avec 5 kilogrammes de résistance.

Obs. VI. — Pierre R..., quarante ans. Le 10 novembre 1906, chute de la hauteur d'un premier étage. Impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche immédiatement. Gonflement du genou.

Le 11, ponction. On évacue un verre à bordeaux de sang.

Le 14, le malade commence le traitement cinésique. L'épanchement s'est un peu reproduit. Les mensurations donnent à 12 centimètres au-dessus du sommet de la rotule : cuisse droite, 39 centimètres; cuisse gauche, 37 centimètres.

La cuisse du côté malade est œdématiée, L'atrophie réelle est plus considérable. Impotence absolue : le malade ne peut détacher le talon du plan du lit.

Au treizième jour, le malade veut quitter l'hôpital. Les mensurations n'accusent plus qu'un demi-centimètre de différence aux mêmes points de repère. Le malade marche très bien.

Obs. VII. — P..., cinquante-trois ans. Le 19 novembre 1906, le malade, en voulant éviter une voiture imprime à sa jambe droite un mouvement de torsion très violent : il tombe et ne peut se relever. Hémarthrose.

Le 21 novembre, ponction. On retire 160 grammes de liquide hémorragique. Le lendemain, commencement du traitement cinésique.

Les mensurations sont alors, pour le membre sain, 43 centimètres; pour le membre malade, 40 centimètres, à 12 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule.

Le 1er décembre, le malade marche très facilement, il monte et descend les escaliers, et ne présente dès lors aucune gêne fonctionnelle.

Cependant il existe encore un peu d'épanchement.

Continuation du traitement cinésique jusqu'au 19 décembre.

Les mensurations sont alors les mêmes pour les deux cuisses.

Le malade est complètement guéri.

Obs. VIII. — Mme de B..., cinquante-huit ans. Le 22 novembre 1906, en descendant de voiture, torsion du genou en dedans et chute. Epanchement rapide et très abondant : œdème du genou. Impotence fonctionnelle absolue.

Le 23 novembre, ponction. On retire environ 100 grammes de sang. Légère compression.

Le 24, début de la mobilisation et du traitement par les résistances progressives. L'atrophie musculaire du quadriceps est très sensible. La malade ne peut détacher le talon du plan du lit. Flexion difficile et douloureuse.

Au onzième jour, après quatorze séances de traitement, les mensurations et la puissance musculaire sont égales pour les deux cuisses. Pas traces de liquide dans la synoviale.

La malade marche très bien et cesse le traitement.

Obs. IX. — B..., dix-huit ans. Le 17 février 1907, forte contusion du genou gauche. Hémarthrose, ponctionnée le 19 février; on recueille un

demi-verre à bordeaux de liquide hémorragique : légère compression.

Le 20 février, mobilisation. La cuisse gauche présente, par rapport au membre sain, 1 centimètre d'atrophie à 12 centimètres au-dessus de la rotule.

Le 22, commencement du traitement cinésique : le muscle reprend rapidement sa tonicité normale.

Le 26, les mensurations donnent 40 cent. 5 pour la cuisse droite, et 40 centimètres, juste, pour la cuisse gauche.

Le 28, le malade ne ressent plus la moindre gêne fonctionnelle au genou gauche.

Le 1er mars, neuvième jour du traitement, les mensurations sont les mêmes pour les deux cuisses. Il n'y a plus de liquide dans la synoviale. Le malade est complètement guéri.

Obs. X. — T..., seize ans. Chute sur le genou gauche, de la hauteur d'un mètre environ : hémarthrose, impuissance fonctionnelle presque immédiate.

Le 25 février 1907, ponction. On recueille 100 grammes de sang.

Le 27, commencement du traitement cinésique avec progression des résistances.

Les mensurations sont alors les suivantes : cuisse droite, 39 centimètres; cuisse gauche, 38, à 12 centimètres au-dessus de la rotule.

Dès le 1er mars, le malade peut marcher, il est très indocile, et se soumet mal au traitement. Ses imprudences quotidiennes ne tardent pas à détruire l'effet du traitement déjà obtenu : l'épanchement se reproduit très abondant et l'atrophie atteint bientôt 2 centimètres et plus. La synoviale est alors très distendue et l'on obtient le choc rotulien sans comprimer les culs-de-sac péri-articulaires.

Le 9 mars, ponction à nouveau : on recueille environ 120 grammes de liquide séro-sanguin : pas de compression.

Le 11, reprise du traitement cinésique. Le malade, très chétif, d'ailleurs, est incapable de contracter son quadriceps gauche à fond.

Le 14, les mensurations accusent encore 2 centimètres d'atrophie de la cuisse gauche à 12 centimètres au-dessus de la rotule. Les mouvements de flexion sont encore assez douloureux.

Le 19, les mensurations sont les mêmes pour les deux cuisses : la flexion et l'extension se font parfaitement et sans douleur, et lorsque le malade quitte l'hôpital, le 23 mars, l'épanchement et l'atrophie consécutive ont cédé définitivement.

Obs. XI. — K..., quarante ans. Renversé par un automobile. Forte contusion au genou droit. Douleur vive, gonflement immédiat du genou, hémarthrose.

Le 26 février 1907, ponction : un demi-verre à bordeaux de liquide hémorragique. Légère compression.

Le 27, mobilisation : les mensurations donnent 40 centimètres pour les deux cuisses, à 12 centimètres au-dessus de la rotule. Par contre, différence considérable de la tonicité musculaire des deux quadriceps.

De plus, nombreuses ecchymoses sur la face postérieure du genou.

Le 28, le genou, très volumineux et très sensible, présente une rougeur diffuse avec élévation sensible de la température locale. Pas de fièvre.

Le 4 mars, les mensurations sont les suivantes : cuisse droite, 42 centimètres à cause de l'œdème de contusion ; cuisse gauche, 40 centimètres. On pratique un léger massage quotidien contre l'œdème de la cuisse droite.

Le 11 mars, le périmètre du membre malade, à 12 centimètres au-dessus de la rotule, est alors légèrement inférieur au périmètre correspondant du membre sain. La flexion est aisée, mais l'extension est limitée.

Le 18 mars, les mensurations sont les mêmes pour les deux cuisses.

Le 22, lorsque le malade quitte l'hôpital, après 20 séances de traitement, il n'existe plus la moindre gêne fonctionnelle : le quadriceps droit est d'une tonicité et d'une puissance remarquables; mais il y a encore quelques gouttes de liquide. Lorsque le malade vient nous voir, cinq jours après, l'épanchement s'est un peu reformé, mais le malade refuse de continuer le traitement.

Obs. XII. — X... glisse et se fait une très forte entorse du genou droit.

Le 12 avril 1907, l'épanchement sanguin est ponctionné : on recueille à peine 50 grammes de liquide hémorragique.

Le 13, mobilisation. La cuisse droite est fortement œdématiée et son périmètre (48 à 12 centimètres au-dessus de la rotule) est supérieur au périmètre correspondant du membre sain (47 centimètres), à cause d'un épanchement sanguin sous-cutané.

Du 15 au 20 avril, puissance et tonicité musculaires très satisfaisantes ; le malade est très vigoureux, mais les mouvements de flexion et d'extension sont imparfaitement exécutés à cause de l'existence d'un assez gros hématome sur la face interne du genou.

Le 20, ponction de l'hématome : on en retire 40 grammes de sang. Légère compression.

Le 27 avril, les mensurations sont les mêmes pour les deux cuisses : 47 à 12 centimètres au-dessus de la rotule. Cependant, il existe encore un léger épanchement articulaire. Le malade, un accidenté du travail qui n'a jamais été très docile, exige sa sortie de l'hôpital.

Obs. XIII. — X..., quarante ans. Hémarthrose par traumatisme direct. Entré à l'hôpital le 27 mars 1907.

Le 28, ponction et évacuation du sang contenu dans l'articulation.

Le 30, mobilisation et commencement du traitement cinésique.

L'atrophie atteint alors 2 centimètres à 12 centimètres au-dessus de la rotule.

Le 3 avril, l'épanchement a complètement disparu et les mensurations sont les mêmes pour les deux cuisses. Le malade quitte l'hôpital. Cependant, aussitôt sorti, il commet de nombreuses imprudences, qui ont pour résultat la reproduction de l'épanchement.

Le malade ne pouvant rentrer à l'hôpital, nous lui indiquons un traitement à faire chez lui, et, lorsque nous le voyons quinze jours après, nous constatons qu'il est définitivement guéri.

Obs. XIV. — M..., seize ans, glisse sur le trottoir : gonflement immédiat du genou gauche; hémarthrose.

Le 11 avril 1907, ponction : évacuation de 60 grammes de sang. Légère compression.

Le 12, mobilisation et commencement du traitement cinésique. La mensuration des deux cuisses, à 12 centimètres au-dessus de la rotule, donne : membre sain, 33 centimètres; membre malade, 32 centimètres.

Le 17, l'épanchement est peu considérable, mais l'atrophie persiste et ne disparaîtra que peu à peu les jours suivants.

Les résultats seraient certainement plus rapides pour ce malade, en somme peu atteint, s'il n'avait souffert, à ce même genou gauche, d'une luxation de la rotule, dit-il, survenue il y a six ans environ.

Néanmoins, le 27 avril, au bout de quatorze séances de traitement, la guérison est complète. Le malade quitte l'hôpital, et lorsqu'il revient trois jours après, le 30 avril, on constate que sa guérison s'est maintenue.

Obs. XV. — X..., soixante-douze ans. Renversé par un chien, tombe sur le genou droit : hémarthrose. Pas d'impotence fonctionnelle.

Le 13 avril 1907, ponction : on évacue 50 grammes de sang.

Le 16, mobilisation et commencement du traitement cinésique avec progression des résistances. Les mensurations sont les suivantes : cuisse droite, 39 centimètres; cuisse gauche, 37 cent. 6, à 12 centimètres au-dessus de la rotule.

Le 20 avril, au bout de six séances de traitement, il n'y a plus d'épanchement, plus d'atrophie (39 centimètres de circonférence pour les deux cuisses).

Le malade est guéri et demande à s'en aller.

M. Berger. — J'ai eu l'occasion de soumettre à un examen très sérieux la méthode cinésique telle que la pratique et la recommande M. le Dr Rochard dans le traitement des affections articulaires du genou, principalement des épanchements séreux ou séro-sanguins consécutifs aux traumatismes du genou et des atrophies musculaires qui les compliquent. M. de Champtassin a bien voulu se charger lui-même de diriger le traitement des malades au moyen de son appareil qu'il avait installé dans mon service. Une dizaine de malades ont été traités de la sorte et environ sept observations détaillées ont été prises.

Je ne puis que me louer des résultats que j'ai obtenus de la méthode de M. Rochard au point de vue du retour des mouvements et des fonctions musculaires. La méthode cinésique fait, plus rapidement qu'aucune autre, disparaître les atrophies muscu-

laires provoquées par la présence d'un épanchement traumatique dans le genou ; elle rend aux muscles, et principalement au triceps, leur force et leur contraction efficace en restituant très rapidement leur volume.

La condition préalable exigible pour que ce traitement puisse avoir tout son effet est l'évacuation du genou par la ponction quand celui-ci est le siège d'un épanchement sanguin.

Il faut de plus, ainsi que M. Rochard l'établit avec raison, que la contraction musculaire soit une contraction active, destinée à faire un *travail utile*, à soulever un poids, et non pas seulement à lutter contre une résistance. La progression croissante du travail effectué est en relation constante avec l'effet physiologique et trophique dont les muscles sont le siège. On peut dire que le travail produit donne la mesure de l'amélioration obtenue.

J'ai été moins frappé de la rapidité avec laquelle les épanchements articulaires se sont résorbés sous l'influence de ce traitement : les effets à cet égard ne m'ont pas paru constants, et à côté des cas où la résorption des hydarthroses a paru favorisée grandement par le travail des muscles, j'en ai vu d'autres où les épanchements ont persisté au moins en partie.

Je n'ai pas appliqué le traitement cinésique aux hydarthroses chroniques; je ne crois pas qu'il puisse être employé dans les arthrites aiguës ni dans les arthrites blennorragiques en raison de la douleur. Il faut, bien entendu, s'en abstenir absolument dans les arthrites d'origine tuberculeuse.

Mais je considère que, dans les épanchements articulaires du genou d'origine traumatique, associés à une atrophie musculaire plus ou moins notable, le traitement préconisé par MM. Rochard et de Champtassin, la méthode cinésique, consistant à faire exécuter aux muscles et particulièrement au quadriceps un travail utile régulièrement exécuté et réglé avec soin avec une progression constante des efforts, est un traitement de choix appelé à rendre les plus grands services.

Lecture.

Tumeur solide de l'ovaire.

M. Gaudier. — Tumeur solide de l'ovaire. — M. Hartmann, rapporteur.

Recherches expérimentales sur la gastro-entérostomie,

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, quand j'ai présenté, il y a huit jours, l'estomac d'un chien, j'avais pour but unique de vous faire constater *de visu* la perfection mécanique d'une gastro-entérostomie qui ne fonctionnait pas du tout sur le vivant.

Plusieurs de nos collègues ayant demandé la parole à propos de ma présentation, je me vois obligé d'en dire un peu plus long que je n'aurais voulu. Il y aurait une sorte d'incorrection à ne pas vous exposer dans quel esprit j'ai entrepris mes expériences, ni le résultat qu'elles ont donné.

Nous savons à n'en pas douter que la gastro-entérostomie permet à un estomac dont le pylore est fermé de se vider d'une façon satisfaisante. Par contre, j'avais été très frappé de la médiocrité des résultats des gastro-entérostomies faites sur des estomacs dont le pylore fonctionne. La très intéressante thèse de Denecheau, qui, à mon avis, montre bien l'insuffisance des résultats dans les cas de pylore libre, me conduisit à chercher expérimentalement si l'on ne pourrait pas améliorer le fonctionnement des gastro-anastomoses. Pour cela, je m'appliquai à faire des bouches gastro-intestinales aussi larges que possible, et, pour en bien étudier le fonctionnement, je donnai à l'intestin une disposition permettant de recueillir séparément les matières qui passent par le pylore et celles qui prennent le nouveau chemin.

Je dis tout de suite que les tentatives que j'ai faites pour voir avec les rayons de Rœntgen et l'écran fluorescent quelle voie prenaient les aliments ont complètement échoué, sans doute parce que l'installation radioscopique de l'hôpital Laënnec est très insuffisante.

Killing avait fait avant moi des expériences du genre de celles que je vais vous rapporter. Si j'ai entrepris les miennes, c'est que j'espérais arriver à un résultat meilleur. Mon espoir a été déçu, aucune de mes gastro-entérostomies n'a fonctionné physiologiquement, bien que les autopsies aient démontré que leurs conditions mécaniques étaient excellentes.

J'ai fait une première série d'expériences qui ont consisté à sectionner l'intestin, à anastomoser l'extrémité supérieure du bout inférieur avec l'estomac et à aboucher l'extrémité inférieure du bout pylorique à la peau de l'abdomen. Ainsi les matières qui passent par le pylore peuvent être recueillies dans un petit sac

fixé autour de l'anus artificiel, celles qui prennent la voie anastomotique devant être expulsées par le rectum.

Sur sept chiens opérés de cette façon, un seul a eu une selle par le rectum. Le chien a été gardé quinze jours; cette selle unique s'est produite le quinzième jour. Elle était très probablement constituée par des amas de cellules épithéliales desquamées, car lors des autopsies on trouve souvent le bout intestinal anastomosé rempli d'un mastic grisâtre adhérent qui est dû à une desquamation épithéliale.

Dans les premières expériences, ne sachant pas comment les choses allaient se passer, j'avais fait la section de l'intestin assez près du pylore. Je m'imaginais qu'en faisant une résection relativement large de l'estomac, un trou au lieu d'une simple fente, je constituerais une sorte d'entonnoir par lequel les aliments seraient forcés de s'engager. Mais mon espérance a été déçue : tout a continué à passer par le pylore; rien ne s'est engagé dans le nouvel orifice, et mes animaux ont rapidement succombé à la dénutrition.

J'ai fait des anastomoses avec le bouton de Jaboulay, espérant que les liquides au moins passeraient par le tube béant pendant le temps que le bouton resterait en place. Or, voici ce que j'ai observé :

Sur un petit chien boule de 7 kilogrammes, je sectionne l'instestin à 86 centimètres du pylore. — C'est à l'autopsie que cette mesure exacte a été prise. Je ferme l'extrémité supérieure du bout inférieur, et j'anastomose le bout supérieur avec l'estomac au moyen d'un petit bouton de Jaboulay. Je termine en fixant l'extrémité inférieure du bout pylorique à la peau.

Quand l'animal commence à boire, on remarque que le liquide absorbé s'écoule presque aussitôt par l'anus artificiel Le 21 septembre, on lui donne de l'eau. Il la boit avec avidité. Deux minutes et trente secondes après qu'il a commencé à laper, l'eau teintée de bile commence à sortir par l'anus artificiel. Elle est expulsée sous forme d'éjaculations rythmiques. Toute l'eau passe par le pylore et, comme elle est expulsée à mesure, le malheureux animal, n'arrivant pas à étancher sa soif, boit indéfiniment, et l'expulsion continue, si bien que ce chien ressemblait au cheval de M. de Crac.

Je n'ai observé l'expulsion immédiate des liquides absorbés que dans ce cas-là. Elle ne s'est pas produite lorsque la section intestinale était faite à plus d'un mètre du pylore. Ceci tendrait à prouver que les liquides traversent rapidement l'estomac, le duodénum, le jéjunum pour être absorbés dans la première partie de l'iléon. Je n'insiste pas; il est difficile d'arriver à une grande pré-

cision sur ce point, car la longueur de l'intestin chez les chiens varie considérablement suivant la taille et probablement aussi suivant la race.

Pour conserver longtemps des animaux soumis à ce type d'opération, il faut sectionner l'intestin grêle très près du cæcum. C'est ce que j'avais fait sur le chien dont je vous ai présenté l'estomac dans la précédente séance. Encore ce chien avait-il considérablement maigri. Lorsque je l'ai opéré le 1er novembre, il pesait 39 kilogrammes. Le 4 décembre, jour où je l'ai tué, il ne pesait plus que 24 kil. 500. Il avait donc maigri de 14 kil. 500, amaigrissement qui vient corroborer les très belles expériences de M. Alglave sur le rôle du gros intestin.

Pour conserver des chiens vivants et mieux me rendre compte de ce qui se passe au niveau de l'anastomose, j'ai eu recours à un autre mode opératoire. Voici en quoi il consiste.

Je sectionne à ses deux extrémités une anse quelconque d'intestin grêle. Je rétablis la continuité de l'intestin par une suture ; puis j'anastomose l'extrémité supérieure de l'anse sectionnée avec l'estomac et je fixe son extrémité inférieure à la peau. C'est, vous le savez, une opération qui a été préconisée pour obtenir des bouches stomacales continentes.

Avec cette disposition, les matières qui passent par le pylore sont évacuées par le rectum; celles qui s'engagent par la voie anastomotique sont expulsées par l'anus artificiel.

J'ai fait six opérations de ce genre. Elles permettent non seulement de mesurer exactement ce qui passe par l'anastomose, mais de faire des expériences directes sur l'estomac.

Sur trois chiens, et à plusieurs reprises sur chacun d'eux, j'ai fait l'expérience suivante.

Par l'anus artificiel, j'introduis au travers de l'anse intestinale anastomosée une sonde en caoutchouc dans l'estomac. Par cette sonde, j'injecte du liquide. L'injection finie, je laisse un instant la sonde en place pour constater que l'estomac est suffisamment rempli et que le liquide revient bien. Puis j'enlève la sonde. Rien ne ressort plus. Tantôt j'ai fait l'expérience le chien étant debout, tantôt je l'ai faite le chien étant couché, mais alors je faisais immédiatement lever l'animal, et le laissais se promener sur un carrelage sec, de manière qu'on put aisément voir la tache faite par la moindre goutte de liquide. Quelquefois il tombait deux ou trois gouttes, qui étaient peut-être restées dans l'intestin au moment où je retirais la sonde. Le plus souvent, il ne sortait absolument rien.

Plusieurs fois, j'ai réintroduit la sonde dans l'estomac quelques minutes et même dans un cas moins d'une minute après l'avoir

enlevée; j'ai toujours trouvé l'estomac vide bien qu'il ne se fût rien écoulé au dehors. Le liquide avait donc passé par le pylore.

Dans un cas où j'avais fait l'anastomose avec le bouton de Jaboulay, avant de refermer le ventre, j'ai introduit la sonde par l'anse intestinale anastomosée de façon à pouvoir la guider au travers du bouton jusque dans l'estomac. Le résultat de l'expérience a été absolument le même. Ainsi l'estomac peut se contracter de telle façon qu'il masque l'orifice béant et rigide d'un bouton anastomotique.

Cependant la continence de cette sorte de gastrostomie n'a pas toujours été parfaite. Sur trois chiens, l'orifice anormal laissait passer de temps en temps un peu de liquide. Mais cet écoulement a toujours été insignifiant. La meilleure preuve, c'est que l'un des chiens sur lesquels il s'est produit a engraissé d'un kilogramme en un mois.

En somme, Messieurs, aucune de ces gastro-entérostomies n'a fonctionné. Dans tous les cas, sauf trois dont l'examen *post-mortem* n'a pu être fait, j'ai constaté que la bouche anastomotique réalisait les meilleures conditions mécaniques et qu'elle laissait facilement passer l'eau versée dans l'estomac (1). Deux fois j'ai mesuré la quantité de liquide qui s'écoulait et par le pylore et par l'anastomose. J'ai trouvé qu'il en passait au moins deux fois plus par cette dernière. Quand j'ai fait l'expérience devant vous, vous avez vu que presque tout le liquide a passé par l'anastomose.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur les diverses manières dont j'ai exécuté ces anastomoses gastriques. Cela est sans intérêt, puisque malheureusement elles ont toutes mal fonctionné.

Le résultat de ces expériences, c'est que chez le chien une gastro-entérostomie largement perméable n'empêche pas la presque totalité des aliments de passer par le pylore. En d'autres termes, la gastro-entérostomie est incapable de mettre l'estomac dans l'état de repos physiologique.

Ceci explique pourquoi, chez l'homme, les résultats de la gastro-entérostomie sont très médiocres quand le pylore n'est ni rétréci, ni contracturé.

(1) Il y a une cause d'erreur, contre laquelle je veux mettre en garde ceux qui voudraient répéter ces expériences. Le bout anastomosé et inutilisé est souvent encombré de détritus épithéliaux qui forment un mastic assez adhérent. Aussi faut-il le laver soigneusement avant d'étudier la perméabilité de l'anastomose.

Présentations de malades.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou (avec lésions osseuses très accentuées, subluxation du tibia en arrière) traitée par les injections de chlorure de zinc. Résultat quinze ans après le traitement.

M. Walther. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter, actuellement âgée de trente-trois ans, a été soignée par moi à deux reprises, en 1892 à l'hôpital Saint-Antoine, et en 1893 à l'hôpital Tenon.

Lorsqu'elle est entrée à Saint-Antoine, en 1892, elle avait des lésions très accentuées, consécutives à l'évolution d'une vieille ostéo-arthrite tuberculeuse. La jambe était raidie en flexion, le tibia subluxé en arrière. Je dus faire l'extension continue pendant deux mois pour ramener le membre en bonne position. Un appareil inamovible fut appliqué.

L'année suivante, en 1893, à l'hôpital Tenon, je continuai le traitement et fis plusieurs séries d'injections de chlorure de zinc qui amenèrent la guérison.

Depuis quinze ans, cette guérison s'est maintenue ; la malade marche bien, sans douleur ; elle a pu faire les frais de cinq grossesses sans réveil de nouvelle poussée de tuberculose.

Le genou est ankylosé en bonne position, le tibia légèrement déjeté en arrière et en dehors. Les radiographies que je vous présente montrent une soudure osseuse.

Hydro-épiplocèle crurale opérée par un procédé esthétique.

M. H. Morestin. — A plusieurs reprises j'ai préconisé pour la cure des hernies chez les jeunes femmes ou les jeunes filles un procédé esthétique permettant de dissimuler complètement la cicatrice dans le territoire pileux-prépubien. L'intervention tout entière est conduite à travers une courte incision, menée verticalement dans l'axe du mont de Vénus, longue de 3, 4 ou 5 centimètres et partant de la commissure antérieure de la vulve. Le pannicule adipeux étant traversé dans toute son épaisseur, les parties molles supercielles sont décollées, et la lèvre de l'incision correspondant à la lésion est attirée fortement jusqu'en regard de l'anneau inguinal ou crural par lequel sort la hernie. On peut exécuter

alors, sans trop de peine, la dissection et la résection du sac, et, selon le cas, le froncement de l'aponévrose du grand oblique ou la suture de l'arcade de Fallope à l'aponévrose pectinéale. Mon premier travail dans la *Presse médicale* (avril 1903) visait seulement les hernies inguinales. Un peu plus tard, j'ai montré dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (1905, fasc. I) que les hernies crurales pouvaient être opérées par la même incision dissimulée. Enfin, l'année dernière, je vous ai déjà présenté deux de mes jeunes malades. J'ai actuellement opéré vingt-deux jeunes femmes ou jeunes filles selon cette technique et, en outre, la même incision m'a servi à pratiquer dans un cas le raccourcissement des ligaments ronds et, dans un autre, l'extirpation d'un kyste du canal de Nück, suivie de cure radicale. Dans tous ces cas, les suites opératoires ont été parfaites, et le résultat esthétique irréprochable. Pour les suites éloignées, elles n'ont laissé en rien à désirer chez toutes celles de mes opérées que j'ai pu suivre. Parmi ces vingt-deux opérées, il en est six qui étaient atteintes de hernies crurales, réductibles ou non.

La malade que je vous présente aujourd'hui appartient à cette catégorie. Elle était atteinte d'une petite hydro-épiplocèle crurale droite, formant une tumeur arrondie, mobile, irréductible, du volume d'une noix. Je l'ai opérée le 1er novembre de cette année, dans mon service à la Maison Dubois. Le sac contenait du liquide citrin et trois franges épiploïques adhérentes. J'ai pu sans difficulté, par la courte incision médiane, découvrir la tumeur, ouvrir et disséquer le sac, libérer et réséquer le petit bout d'épiploon adhérent, extirper le sac et mettre un point de suture rapprochant l'arcade de l'aponévrose du pectiné. La réunion du pannicule adipeux prépubien au catgut et la suture des téguments à la soie 00 ont été faites finalement avec grand soin. Les suites, simples et parfaites, m'ont prouvé une fois de plus que l'opération ainsi comprise était d'une aussi grande bénignité que l'opération ordinaire. La cicatrice est déjà à peu près cachée par la repousse des poils, et pour le résultat thérapeutique, ce qui s'est passé chez mes précédentes opérées me permet d'attendre avec la plus grande confiance l'épreuve du temps.

Syndrome de Reichmann.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Suites bonnes.

M. Bazy. — Le malade que je vous présente est un homme de quarante-deux ans, entré le 4 avril 1907 dans le service du

professeur Debove, pour des troubles dyspeptiques intenses. Le début remonte à une douzaine d'années. A ce moment, à la suite d'excès alcooliques, le malade ressent une *douleur* très vive au creux épigastrique et irradiant dans le dos, douleur transfixante.

Elle apparaît trois ou quatre heures après le repas. Elle s'accompagne de régurgitations aqueuses et d'une constipation opiniâtre.

Cette crise dure un mois et demi, puis, sous l'influence du régime lacté et du repos, les accidents cessent pour ne reprendre avec toute leur intensité qu'au mois de janvier 1907.

A cette époque (janvier 1907), surviennent des douleurs siégeant au creux de l'épigastre, irradiant dans le dos, mais sans cependant donner la sensation de la douleur en broche. Bientôt apparaissent des vomissements alimentaires, puis bilieux, qui se répètent et laissent le malade très prostré.

Examen pratiqué dans le service du professeur Debove.

Malade *a maigri d'une façon considérable.* Il est encore en état de crises de douleurs et de vomissements.

Il s'agit, de plus, d'un nerveux dont les réflexes sont diminués, mais qui ne présente aucun signe de tabes. Pas de syphilis.

Foie et rate normaux. Présence de râles sous-crépitants dans les deux sommets pulmonaires.

L'examen à jeun démontre l'existence d'un liquide de stase abondant. Après distension par le bicarbonate de soude et l'acide carbonique, l'estomac est grand.

On ne constate pas de contractions péristaltiques nettes.

C'est dans ces conditions que le malade m'est envoyé par M. Debove parce que la médecine était impuissante à améliorer cet état, et d'autre part il y avait urgence.

Le malade était réellement squelettique.

Opération : Je lui pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, procédé classique, 4 plans de suture au fil de lin, mesurant au moins 6 centimètres de long.

Les suites opératoires furent simples. Les grandes douleurs et les vomissements ont cessé.

En quelques semaines, il a gagné trois kilogrammes. Il part pour Vincennes.

L'observation est, paraît-il, dans la thèse de Denechau.

Le malade est revenu ces jours derniers dans le service de M. Debove, puis est venu me voir. Il a engraissé de 19 kilogrammes et dit se bien porter. Il pèse 67, il pesait 48 kilogrammes.

Œsophagotomie interne.

M. Guisez. — Œsophagotomie interne sous œsophagoscopie. — M. Routier, rapporteur.

Un cas remarquable de tolérance du cerveau pour un projectile ayant traversé de part en part le lobe frontal.

M. Paul Thiéry. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter est un beau cas de tolérance des projectiles par le cerveau, ou, pour parler plus exactement, de persistance des fonctions cérébrales après des désordres étendus de la substance des hémisphères.

Au moment où je l'opérai, je jugeai l'état si grave que je ne fis que la moitié de l'opération projetée, m'étant tout d'abord proposé de trépaner et l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie de la balle. La diffluence du cerveau, qui s'écoulait par la trépanation de l'orifice de sortie, me fit porter un pronostic fatal et j'arrêtai l'opération.

Voici, d'ailleurs, résumée, l'observation intéressante de ce malade.

Le 30 octobre 1907, Ernest Ol..., chauffeur, âgé de vingt-six ans, se croyant syphilitique, se tire, de désespoir, une balle de 8 millimètres au niveau de la tempe droite. Il est transporté à l'hôpital Tenon à midi.

A son entrée, le pouls est à 55, la température rectale à 35 degrés, le malade est dans le coma. On constate que l'orifice d'entrée de la balle siège à 1 centimètre en avant et au-dessus du tragus; l'orifice de sortie à 1 centimètre à gauche du sinus longitudinal supérieur sur la face antérieure du frontal gauche, non loin de la suture fronto-pariétale. Pas de paralysie, rien du côté des yeux, pas de signes de compression.

Dans l'après-midi, la température est à 37 degrés, le pouls à 80; le malade cause, souffre de céphalée, a eu un vomissement.

Ce n'est que le 2 novembre 1907 que la température s'élève à 38°5; le pouls est à 70, mais, outre que la céphalée localisée persiste, un délire continu survient.

Intervention dans l'après-midi du 3e jour. Je me dispose à appliquer une couronne de trépan au niveau de l'orifice de sortie,

mais je constate une fracture avec esquilles dont l'ablation révèle l'ouverture du sinus longitudinal supérieur, qui a dû être intéressé par le projectile : la substance cérébrale s'échappe en bouillie. Considérant le cas comme désespéré, je m'en tiens là, et le blessé est ramené dans son lit. Glace sur le pansement.

Le lendemain, la température est à 37 degrés. Le pansement est renouvelé tous les jours : en enlevant la mèche, on produit chaque fois une saignée d'environ un verre à liqueur. Le 8e jour, le caillot est formé.

Les jours suivants, la plaie bourgeonne et tout va bien localement. Le malade cause, lit son journal, mange et ne se plaint de rien. Ni céphalée, ni température; pouls normal. Rien du côté des yeux, de la face ou des membres.

Au bout de trente jours, se collecte un petit abcès au niveau de l'orifice d'entrée; il est incisé; le surlendemain, la petite plaie est fermée et cicatrisée.

Le malade se porte à merveille et s'emploie même à rendre service dans la salle. Quant à la syphilis, il nous est permis de penser que les craintes du malade sont vaines, car il n'y a pas trace de chancre ou de roséole, et on ne constate pas de plaques muqueuses. Le blessé reste seulement dans un état de légère torpeur intellectuelle peu accusé et qui préexistait d'ailleurs à l'accident.

Voilà donc un cas bien net de guérison complète et absolue après dilacération du lobe antérieur du cerveau par une balle qui l'a complètement traversé et méningo-encéphalite consécutive; nous ne parlons que pour mémoire de la blessure du sinus longitudinal supérieur.

La trépanation a-t-elle été utile et lui est-on redevable de la guérison? En ce qui concerne la méningite, cela ne parait pas douteux, et dans ces cas nous sommes d'avis qu'il y a lieu d'agrandir toujours la perforation de la boîte cranienne. Mais, en ce qui concerne l'attrition de la substance cérébrale elle-même, il est bien évident que l'opération n'a pu y remédier et qu'on en peut conclure qu'une plaie aussi vaste du cerveau a pu se réparer spontanément sans laisser aucun reliquat fonctionnel. Sans doute, ce cas constitue une rareté, mais il prouve qu'il ne faut pas trop se hâter de porter, précepte que nous avons négligé, un pronostic fatal. Il serait certainement intéressant de suivre ce blessé, et, s'il ne survient pas de complications tardives, d'étudier à nouveau, dans quelques mois, son état cérébral.

M. Guinard. — Ce malade est fort intéressant parce qu'il démontre le bien fondé des conclusions de nos dernières discus-

sions à la Société de Chirurgie, conclusions qui sont admises, je crois, par la presque unanimité des chirurgiens actuels. Quel que soit l'état du blessé, il faut intervenir dès l'accident, quand la boîte cranienne est perforée, et uniquement dans un but d'asepsie et d'hémostase. Ici, les accidents de méningo-encéphalite se sont produits le troisième jour, comme cela a lieu habituellement ; ils ne se seraient sans doute pas produits si l'asepsie des orifices avait pu être faite le premier jour.

M. Quénu. — J'ai soutenu le premier, je crois, à la Société de Chirurgie, il y a bien longtemps, en 1888, la nécessité de l'intervention immédiate pour toute plaie du crâne abordable, et cela non dans le but de faire l'ablation d'un corps étranger intra-cérébral, mais pour aseptiser la plaie en agrandissant la perte de substance cranienne, en enlevant les débris de toutes sortes, cheveux, esquilles, etc., et en permettant un drainage plus facile.

M. Demoulin. — Nous sommes tous d'accord, je crois, pour suivre dans les cas de plaies du crâne par balle de revolver, les règles thérapeutiques que vient de rappeler mon excellent maître le professeur Quénu, règles qu'il a le premier bien établies, et sur lesquelles a insisté le très regretté G. Marchant, en résumant la discussion qui a eu lieu, dans notre Société, en 1894.

Je pense que notre collègue Thiéry, en vous présentant son malade, a voulu, surtout, vous montrer un nouvel exemple de l'extraordinaire facilité avec laquelle guérissent, dans certains cas, les plaies les plus graves du cerveau.

Cela m'incite à vous rapporter, très succinctement, un fait que j'ai observé, l'an dernier (1906), à l'hôpital Tenon.

Un jeune homme de vingt ans, d'une intelligence rudimentaire, se tire, dans la tempe droite, un coup de revolver de gros calibre ; le projectile est retrouvé sous les téguments de la tempe gauche, en un point symétrique à celui où la balle avait pénétré.

Par l'orifice d'entrée du projectile, s'écoulaient du sang et de la bouillie cérébrale ; par l'orifice osseux de sortie, orifice esquilleux et plus large que celui de la pénétration, sortaient, également, du sang et de la matière cérébrale, qui infiltraient le muscle temporal gauche largement déchiré.

Le blessé, comateux à son entrée, avait un peu de protusion du globe oculaire gauche.

Il se réveillait, progressivement, quarante-huit heures après la blessure, présentait, le troisième et le quatrième jour, un peu d'agitation et une légère ascension thermique, qui me firent craindre

le début d'une méningo-encéphalite. Le cinquième jour, tout rentrait dans l'ordre et mon malade demandait à manger. Il fut très difficile de le maintenir au lit, jusqu'au huitième jour; à ce moment il se levait et travaillait toute la journée, servant d'aide aux infirmiers.

Il quittait l'hôpital au bout de trois semaines; les plaies du crâne étaient cicatrisées; la protusion du globe oculaire gauche avait rapidement disparu. Il n'y eut aucun signe de paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil, aucun signe pupillaire, aucun trouble visuel.

Les fonctions intellectuelles, très rudimentaires, je le répète, étaient, au dire de la mère du blessé, quelques jours après l'accident, ce qu'elles étaient auparavant.

M. Morestin. — Je suis heureux que la Société de Chirurgie soit aujourd'hui aussi parfaitement d'accord sur l'opportunité de l'intervention immédiate dans les plaies de tête par coup de feu. Il y a quelques années, à l'occasion d'une observation où j'avais suivi cette pratique et où j'avais eu par surcroît le bonheur d'extraire une balle rencontrée dans le foyer cérébral, il y eut une longue discussion où ma conduite en cette circonstance fut l'objet de critiques qui me parurent plus que sévères, jusqu'au moment où Gérard Marchant, si bienveillant à ses jeunes collègues, et mon rapporteur Walther, prirent ma défense, montrèrent que j'avais suivi des règles déjà formulées antérieurement par la Société elle-même, et qu'au total, ayant présenté mon malade bien guéri, après sa périlleuse aventure, je méritais plutôt des félicitations que des reproches.

Présentations de pièces.

Coxalgie. Luxation de la tête fémorale dans le bassin avec formation d'une nouvelle cavité cotyloïde.

M. Chaput. — Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré dans mon service pour une coxalgie fistuleuse. La radiographie montra une luxation de la tête fémorale dans le bassin à travers la cotyloïde détruite.

Pendant les mouvements de la cuisse, le doigt introduit dans le

rectum percevait l'ébranlement de l'obturation interne produit par les mouvements de la tête.

J'opérai dans la pensée qu'il existait un abcès intra-pelvien. Je trouvai une coque osseuse en forme de cavité cotyloïde, se conti-



Coxalgie avec luxation de la tête fémorale dans le bassin (par perforation de la cavité cotyloïde).

nuant par ses bords avec l'immense cavité cotyloïde. Il n'y avait pas d'abcès intra-pelvien.

Réflexions. — Les luxations de la tête fémorale dans le bassin sont très rares, et leurs radiographies plus rares encore.

Je note l'existence de la coque osseuse obturatrice protégeant le petit bassin; si j'en avais connu l'existence d'avance, je ne serais pas intervenu.

Rupture spontanée de l'aorte.

MM. Dujarier et Chochon-Latouche. — Rupture spontanée de l'aorte avec pneumo-péricarde.

M. Demoulin, *rapporteur.*

Le Secrétaire annuel,
Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1907

Présidence de M. QUÉNU.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

Un cas de *tumeur péri-intestinale*, par M. DELVOIE (de Tongres). — M. LEJARS, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des parotidites post-opératoires.

M. BUSCARLET (de Genève). — Messieurs, j'ai suivi avec un grand intérêt la récente discussion de la Société de Chirurgie sur les parotidites post-opératoires, car j'avais moi-même observé un cas de cette affection il y a quelques années et qui, contrairement à la bénignité habituelle de cet accident, avait été mortel.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, très robuste, qui, à la suite d'une rétention d'urine de cause prostatique, avait été

opéré le 7 février 1904, avec l'assistance du professeur Jacques Reverdin, de la *prostatectomie périnéale*. Le diagnostic douteux en présence d'une glande très grosse, dure et bosselée, était hésitant entre le cancer et un calcul prostatique. Je trouvai une glande avec dégénérescence cancéreuse d'une dureté ligneuse et le morcellement fut assez difficlle, l'opération assez longue après *anesthésie à l'éther*.

Le soir de l'opération, la température monta à 38°4 pour revenir à la normale et même au-dessous pendant les trois jours suivants. Pendant ce temps, l'état général de l'opéré fut remarquablement bon, la sonde placée dans la vessie fonctionnait bien, lorsqu'au cinquième jour, une violente diarrhée survint et des matières fécales firent issue par la plaie périnéale; il s'était donc produit une *fistule rectale secondaire*; en même temps des phénomènes de bronchite avec dyspnée et congestion pulmonaire se déclarèrent et le malade les attribua à ce qu'il avait eu un sentiment de refroidissement en prenant un bain la veille de l'opération; depuis ce moment il avait toussé.

Le sixième jour, il commença à se plaindre d'une vive douleur au côté gauche de la mâchoire et alors qu'il commençait déjà à s'alimenter. Je remarquai une tuméfaction sensible de la parotide et employai les moyens antiphlogistiques en vain; j'ignorais alors le traitement par l'expression préconisé par mon ami Morestin, mais je ne sais s'il eût été applicable, tant le moindre attouchement était douloureux et arrachait des cris au malade.

La tuméfaction devint énorme, gagna toute la région, si bien que la tête du malheureux devint grotesque, et le soir du dixième jour, la température étant montée au-dessus de 40 degrés, je fis une large incision dans le point le plus douloureux et qui semblait le plus fluctuant, et introduisis un gros drain aussi profondément que possible. Il s'écoula très peu de pus, la glande était généralement infiltrée dans le foyer circonscrit. Malgré cette intervention, la température s'éleva encore jusqu'à dépasser 41 degrés, et le malade succomba le soir du douzième jour dans un délire et une agitation continuels.

Pendant ce temps, la plaie périnéale était en très bonne voie, commençait à bourgeonner et la fistule stercorale s'était déjà fermée.

Les conclusions qui me semblent devoir être tirées de cette observation sont les suivantes :

1° La parotidite post-opératoire peut, dans certains cas, être d'un *pronostic* très mauvais et amener la mort malgré l'incision précoce;

2° Le *chloroforme* ne semble pas devoir être incriminé puisque

dans l'observation actuelle le malade avait été endormi à l'éther;

3° L'*alimentation* du malade avait été plutôt abondante pendant les premiers jours, étant donné son état excellent, et il avait été purgé l'avant-veille de l'opération et non la veille, afin d'éviter les effets prolongés d'une purgation trop récente, de sorte qu'il ne pouvait plus y avoir de sécheresse de la bouche;

4° Un *refroidissement* ou l'*infection* me semblent seuls ou tous deux ensemble expliquer l'apparition de la parotidite; en effet, avant l'opération, le malade s'était mis à tousser après le bain et, de peur que l'on ne renvoyât l'opération à plus tard, avait caché la chose. Puis il y avait eu évidemment une *infection générale* par le fait du passage de matières fécales dans le champ opératoire le cinquième jour.

Je crois donc qu'il faut, à côté des parotidites bénignes dues à une cause locale, admettre des parotidites post-opératoires très graves qui sont les seules manifestations locales d'une infection générale.

Discussion sur les amyotrophies consécutives aux hémarthroses.

M. Hartmann. — Nous avons écouté avec grande attention l'intéressante communication de notre collègue Rochard (1), qui soulève plusieurs points du traitement, si important pour le chirurgien, de certaines affections articulaires.

A l'ancienne pratique de la compression et de l'immobilisation dans le traitement des hémarthroses traumatiques, il nous propose de substituer la ponction et l'évacuation du contenu sanguin articulaire, suivies de la mobilisation immédiate et d'exercices musculaires basés sur le principe des résistances calculées et progressives, ces derniers lui semblant très supérieurs au massage et à la faradisation pour combattre les amyotrophies d'origine articulaire.

Notre pratique se rapproche beaucoup de la sienne. Nous croyons qu'il y a avantage à suivre la règle posée par Rochard et à pratiquer l'évacuation du sang dans les hémarthroses. Nous le conseillons depuis longtemps, et, dès 1899, notre élève Deletrez réunissait dans sa thèse une série d'observations d'arthrotomies du genou pour épanchements sanguins.

La persistance d'un peu de sang dans l'articulation peut être la cause d'épanchements séreux récidivants, et le meilleur moyen

(1) Voir la communication de M. Rochard, séance précédente.

de guérir vite et complètement ces maladies, c'est d'évacuer complètement le sang de l'articulation.

Pour le faire, à la simple ponction je préfère l'arthrotomie sous-cutanée, que je pratique de la manière suivante : à 1 centimètre au-dessus et en dehors de la rotule, j'enfonce un bistouri qui pénètre dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, puis, glissant le long de la lame laissée en place une pince de Lister, j'entr'ouvre les lèvres de la plaie et j'y insinue une petite sonde en caoutchouc rouge qui permet de faire un lavage articulaire avec du sérum stérilisé, de manière à bien évacuer la totalité du sang contenu dans l'article.

Le lavage terminé, il suffit de retirer les sondes et de recouvrir la plaie d'un peu de collodion.

Au bout de quelques jours, je commence la mobilisation de l'articulation. Y a-t-il lieu de suivre la pratique de Rochard et de commencer celle-ci immédiatement? Nous ne l'avons pas fait, peut-être par atavisme, et parce que nous restions un peu sous l'influence des traitements immobilisateurs que nous avions vu suivre. Nous sommes tout disposé à essayer la mobilisation immédiate, qui est peut-être supérieure à la mobilisation retardée que nous employons.

Dans tous les cas, et ici nous sommes absolument d'accord avec Rochard, le massage et l'électrisation ne donnent pas, au point de vue du développement musculaire, un résultat aussi rapide que le travail réel des muscles atrophiés. Depuis une dizaine d'années, nous ne manquons jamais d'y avoir recours pour combattre l'amyotrophie, et toujours nous en avons constaté les bons effets. A cet égard, nous recommandons toujours aux masseurs auxquels nous confions nos malades, de consacrer une partie de leurs séances à provoquer ce travail, faisant exécuter aux malades une série de mouvements et résistant à ces mouvements avec une vigueur progressivement croissante, de manière à obliger les muscles à travailler.

Nous conseillons, de plus, aux malades, de faire eux-mêmes travailler leurs muscles. Pour les amyotrophies du quadriceps crural, si importantes, nous leur faisons étendre la jambe après avoir placé sur le dos du cou-de-pied un petit sac incomplètement rempli de grenaille de plomb ou de sable et retombant sur ses parties latérales, chargeant le cou-de-pied comme on charge le dos des petits ânes d'Algérie. Le poids de la grenaille doit être tel que le malade puisse étendre le membre un grand nombre de fois sans faire de grands efforts. A mesure que le muscle reprend de la vigueur, on augmente la quantité de grenaille de plomb contenue dans le sac. Le travail effectué ainsi, dans des séances

bi-quotidiennes, avec des poids progressivement croissants, active plus la régénération du muscle que les massages les mieux faits ou l'électrisation la mieux dirigée, ce qui ne veut pas dire cependant qu'il faut dédaigner ces moyens.

Au point de vue des hydrarthroses, ce que nous avons vu concorde aussi avec les affirmations de notre ami Rochard. Souvent une hydarthrose ne cesse de récidiver que lorsque les muscles ont repris leur vigueur. Nous ajouterons cependant qu'avant de recourir au traitement musculaire, nous commençons par faire une arthrotomie sous-cutanée et un lavage articulaire avec la solution phéniquée au vingtième, et que nous immobilisons l'articulation pendant une huitaine de jours dans un appareil ouaté compressif, ce lavage phéniqué étant suivi d'une réaction passagère s'accompagnant même d'élévation de température. Puis nous commençons la mobilisation, le massage et les mouvements volontaires avec résistance progressivement croissante, comme après l'évacuation du sang des hémarthroses.

Nous sommes convaincu qu'en suivant ces principes on obtient un retour des fonctions beaucoup plus complet et beaucoup plus rapide qu'avec les anciens traitements.

Comme on le voit, notre pratique concorde, dans ses grandes lignes, avec celle qui vient de nous être exposée, et nous sommes heureux de nous rencontrer sur ce point avec notre collègue Rochard.

M. Moty. — Je fais depuis longtemps la ponction immédiate au bistouri des hémarthroses qui se présentent à moi ; je comprime ensuite fortement la cavité articulaire de façon à expulser aussi complètement que possible le sang extravasé.

Je me contente ensuite de passer un tampon antiseptique sur la petite plaie et d'appliquer un pansement stérile avec faible compression. Je n'interdis aucun mouvement au malade ; j'enlève le pansement huit jours après et je commence les bains locaux à + 45 degrés d'une durée de vingt minutes. En suivant ce procédé, je ne vois apparaître d'atrophie que chez les malades très nerveux chez lesquels les plus légers traumatismes sont capables de provoquer des névrites traumatiques plus ou moins graves, quel que soit le traitement suivi. En cas d'intervention tardive avec atrophie déjà établie, je suis tout disposé à essayer l'automobilisation forcée proposée par notre collègue Rochard.

M. Tuffier. — Ma pratique en matière d'hémarthrose est la suivante. Dans les cas de faible épanchement, je fais d'abord la compression ouatée, et cela peut-être par cet atavisme dont on nous

parlait tout à l'heure. Dans les grosses hémarthroses avec distension, je fais au contraire l'incision du cul-de-sac supérieur et externe de la synoviale et j'évacue soigneusement tout le contenu de l'article, puis j'applique un pansement aseptique jusqu'à cicatrisation de la petite plaie. Alors je fais intervenir les moyens physiques, et à cet égard je suis le procédé qui m'a été enseigné il y a une quinzaine d'années par mon ami Gauthiez. Il consiste à récupérer la mobilité et la musculature par une même manœuvre, on fait travailler les muscles atrophiés ou susceptibles de l'être par une résistance progressive. Un sac de plomb posé ou attaché à l'extrémité du pied est soulevé par les muscles atrophiés ou susceptibles de l'être, le poids est proportionné à la puissance musculaire et progressivement croissant. Je considère ce moyen comme supérieur à la mobilisation passive et au massage.

M. Routier. — Depuis fort longtemps je traite des hémarthroses et les hydarthroses chroniques d'une manière active.

Après avoir pratiqué, à l'exemple de Paul Broca, la ponction, les hémarthroses, je suis vite arrivé à remplacer la ponction articulaire par la taille ; je fais une ponction au bistouri, j'agrandis la plaie ainsi produite de façon à lui donner 1 centimètre environ, et j'introduis un drain dans la synoviale, puis je pratique un lavage au sérum artificiel, afin de débarrasser l'articulation des caillots fibrineux qu'elle contient souvent et qui sont à mon sens une des causes principales de la longueur de la guérison de cette maladie.

Quand je crois tous les caillots sortis, je fais un pansement compressif ; huit jours après, je fais mobiliser le malade.

Je traite de même les hydarthroses chroniques, sauf pour la qualité de liquide de lavage ; je préfère pour ces cas employer l'eau phéniquée forte.

Quant au traitement de l'atrophie musculaire, qui me paraît devoir être mise au même plan que l'évacuation du liquide pathologique de l'articulation, il y a fort longtemps que mon ami le Dr Gauthier m'a appris à faire travailler le quadriceps crural. On fait asseoir le malade sur une table, il tient à deux mains la cuisse du côté malade, et on lui fait étendre doucement la jambe jusqu'à la rectitude absolue, il recommence ce mouvement toujours lentement, et, pour faire travailler les muscles, on suspend à la pantoufle du malade un petit sac qu'on remplit de grenaille de plomb, et qu'on charge au fur et à mesure des besoins.

M. Lucas-Championnière. — Je suis très heureux de voir nos plus jeunes collègues venir à ce traitement, alors que depuis de longues années je le préconise. Voici bien longtemps que j'ai

indiqué que le traitement par l'incision large, suivi d'une mobilisation méthodique, était le traitement le plus satisfaisant. J'ai toujours préféré l'incision large à la ponction. Mais j'ai toujours affirmé que compression et immobilisation étaient actes dangereux et inutiles.

Le massage à distance sur les muscles est un adjuvant utile. Mais il s'agit avant tout de proportion, de discrétion et de méthode.

M. Rochard me dit que je ne connais pas la question. Je ne puis accepter cette réflexion. J'ai étudié avec soin ce qu'il a publié.

En somme, il ne s'agit que d'une mobilisation méthodique, d'une excitation fonctionnelle musculaire appropriée.

Les principes qne j'ai affirmés de longue date au milieu des protestations habituelles de mes collègues, sont : l'évacuation opératoire de l'articulation ; l'inutilité de l'immobilisalion ; l'utilité de l'application des mouvements immédiats et méthodiques, l'utilisation des excitations fonctionnelles des muscles.

Je regrette que le temps ne me permette pas de discuter aujourd'hui avec M. Rochard les applications de ces mouvements.

Mais cela ne change absolument rien aux principes fondamentaux que j'ai défendus seul pendant tant d'années, et qui m'ont permis d'obtenir depuis longtemps des résultats aussi satisfaisants que ceux que vous invoquez aujourd'hui, pour justifier une certaine méthode d'application des excitations par les mouvements dont je ne conteste pas du tout l'intérêt pas plus que les bons résultats.

M. Broca. — Je veux seulement dire que chez l'enfant, où l'hémarthrose est fréquente, la ponction est inutile et que la guérison a lieu avec résorption rapide et complète, sans même qu'il soit besoin de masser les muscles de la cuisse : un peu de compression suffit. Je ne parle pas de l'hydarthrose chronique, car chez l'enfant on peut dire que c'est à peu près toujours une forme de tuberculose, à traiter comme telle.

Quant à l'adulte, je suis tout à fait d'accord avec Rochard.

Discussion sur le traitement chirurgical des tumeurs villeuses du rectum.

M. Quénu. — Mon collègue Schwartz nous a présenté dans la séance du 4 décembre une tumeur villeuse du rectum qu'il a

enlevée chez un homme de soixante-huit ans; la masse était implantée sur la paroi latéro-postérieure à 6 centimètres de l'anus, et M. Schwartz a eu recours pour l'extirper à l'anse galvanique, en opérant par les voies naturelles. Je pense qu'il est peut-être prudent de faire plus qu'il n'a fait et que ne font la plupart des chirurgiens. La nature épithéliale de ces productions nous faisait déjà recommander, en 1899, l'excision de toute l'épaisseur de la paroi rectale, et cela à la suite de récidives que nous avons personnellement observées, lorsque la masse avec sa base d'implantation muqueuse avait été seule enlevée. Aussi est-ce l'opération radicale que depuis nous avons mise en pratique.

Dans une première observation, chez une femme opérée à l'hôpital Cochin, le 20 janvier 1903, il s'agissait d'une masse du volume d'un gros œuf, implantée sur la face latérale droite du rectum, à 3 centimètres et demi ou 4 centimètres de l'anus. La malade était venue nous consulter simplement à cause de démangeaisons anales. Elle ne souffrait pas et, tout comme dans le cas de Schwartz, aucun écoulement de sang n'était noté, mais il existait des pertes séro-glaireuses qui vraisemblablement étaient l'origine de l'irritation péri-anale. Alternatives de constipation et de diarrhée. Ayant consulté son médecin, celui-ci pratiqua le toucher rectal, fit le diagnostic de néoplasme et nous adressa la malade.

Après la préparation ordinaire, la malade fut soumise au chloroforme et opérée de la façon suivante : la tumeur fut repérée par l'anus et fixée avec une pince; alors, l'opérée étant en décubitus latéral, je pratiquai parallèlement au bord du sacrum une incision de 10 centimètres de long, traversai les différentes cavités jusqu'au rectum, puis je fendis la paroi rectale de façon à enlever toute une base large d'implantation de la tumeur; la tumeur fut sortie par l'anus à l'aide de la pince qui la fixait. Hémostase et repérage des parois rectales, suture de la muqueuse par les points perforants et suture complète des tuniques rectales, ce qui nécessite une certaine mobilisation; drain contre la suture et drain dans le rectum. Une petite hémorragie eut lieu par la plaie dans la journée; on s'en rendit facilement maître à l'aide d'une compression directe et d'un tamponnement vaginal.

Les suites furent ordinaires, mais, trois jours après, il y eut un peu de sphacèle limité de la plaie et nous dûmes partiellement désunir et baigner d'eau oxygénée; deux escarres s'éliminèrent le 4 février, une douzaine de jours après l'opération.

La malade sortit guérie le 26 février, mais en conservant une petite fistule parasacrée pour laquelle son médecin fit une petite intervention simple suivie de guérison.

Nous avons revu l'opérée il y a quelques jours, soit près de

quatre ans après l'intervention. Le toucher rectal nous a fait constater l'intégrité de la muqueuse.

La santé de la malade est restée parfaite depuis quatre ans.

Dans une seconde observation il s'agit bien encore d'une tumeur végétante, mais occupant la partie supérieure du rectum, ou plutôt la terminaison de l'anse sigmoïde. Voici d'ailleurs la pièce que j'enlevai en pratiquant une abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif le 20 février 1903.

La malade vit toujours, indemne de toute récidive. Les symptômes éprouvés par notre opérée, âgée actuellement de soixante-quatre ans, ressemblaient à ceux d'un cancer rectal : besoins continuels d'aller à la selle pour ne rendre que des glaires et un peu de sang, sensation de gêne et de gonflement dans le rectum, constipation opiniâtre suivie de débâcles diarrhéiques ; néanmoins le toucher avait permis à cause de l'invagination de la tumeur de faire le diagnostic, et nous y avions été amené par un autre signe, l'abondance d'un écoulement séro-muqueux, parfois teinté de sang, plus séreux et plus abondant que ceux qu'on observe d'ordinaire dans le cancer du rectum.

En résumé, je pense qu'on doit traiter la tumeur villeuse comme une tumeur maligne et réséquer toute l'épaisseur de la paroi rectale malgré les petites complications qui peuvent en résulter ; j'estime néanmoins qu'on peut limiter son action à une résection partielle portant sur la plaque d'implantation du néoplasme, pourvu que la sous-muqueuse y soit comprise. Cela entraîne la résection de toute l'épaisseur de la paroi rectale.

M. Bazy. — Je viens fournir trois observations qui viennent à l'appui des réflexions que vient de faire notre président au sujet de ces papillomes du rectum.

D'abord, au point de vue des transformations de ces papillomes en véritables cancers.

J'ai observé il y a quelques années, avec mon ami Brault, une dame qui avait des hémorragies rectales assez abondantes, et chez laquelle je découvris, à 6 ou 7 centimètres, un papillome du rectum.

Je proposai une intervention, qui ne fut pas acceptée tout d'abord. Elle fut opérée en province ; comment ? je n'en sais rien ; peu importe. Je l'ai revue cette année avec un épithélioma typique du rectum, inopérable, du reste.

Il y a deux ans, j'ai opéré, avec mes amis les D[rs] Broussin et Laurent, de Versailles, une malade de soixante ans, qui avait un papillome de l'extrémité du rectum. Elle était dans un état cachectique très avancé ; elle a fort bien guéri, et elle avait repris un

état de santé florissant. La tumeur a récidivé sous la forme d'un épithélioma typique.

Voilà pour cette question relative à la transformation des formes papillomateuses en formes cancéreuses.

Quant au mode opératoire, je dirai que j'ai opéré, en 1896 ou 1897, quand j'étais chirurgien de l'hôpital Tenon, une sage-femme, qui avait un papillome de la face postérieure du rectum.

J'ai fait une incision para-sacrée. J'ai excisé largement la portion des parois sur laquelle s'insérait la tumeur, et j'ai tenté la réunion par première intention, comme dans le cas de mon ami Quénu ; elle n'a pas réussi, mais la malade a guéri.

Je n'ai pas eu de ses nouvelles ; j'ai lieu de croire que cette femme continue à se bien porter ; si elle eût présenté des accidents, je pense qu'elle serait venue me voir.

M. E. Potherat. — Je vous rappelle, Messieurs, que, il y a quelques mois (c'était avant les grandes vacances dernières), j'ai apporté ici une assez grosse tumeur villeuse du rectum que j'avais enlevée à un vieillard de soixante-deux ans, qui n'en éprouvait d'autres accidents que des hémorragies abondantes et répétées.

L'opération, très simple, fut exécutée de la manière suivante : chloroformisation, dilatation forcée de l'anus, puis la tumeur, finement pédiculée, est amenée en dehors, entraînant avec elle les tuniques du rectum. Nettoyage soigneux du rectum, et ablation, tout autour de l'implantation du pédicule, d'une large pièce elliptique, à grand axe vertical comprenant les tuniques du rectum, suivie d'une suture immédiate des lèvres de la perte de substance. Pansement avec un gros drain entouré de gaze iodoformée et laissé en place pendant huit jours, en même temps qu'est maintenue la constipation. Au bout de douze jours, cet homme était guéri par cette manœuvre simple et rapide

M. Quénu. — Il n'est pas question d'extirpation du rectum, mais d'une excision de l'épaisseur totale d'une pièce de rectum. Je pense qu'en fait de cancer, il faut avant tout chercher à faire, non des opérations simples, mais des opérations larges. Quant à les faire limitées pour y revenir ensuite, je ne suis pas partisan de cette conduite. Par suite, on ne peut, à mon sens, faire une bonne opération pour une tumeur villeuse qu'en ouvrant le rectum et en pratiquant une ablation large.

M. E. Potherat. — Je prie instamment M. le professeur Quénu de vouloir bien croire que je ne suis pas du tout en opposition avec lui sur la théorie générale du cancer, de son mode de propa-

gation, et sur l'application de cette théorie au cancer du rectum en particulier; il vous paraîtra même superflu de faire cette remarque; mais c'est précisément en accord avec cette théorie que j'ai opéré mon malade de la manière que je l'ai fait. Je n'avais pas du tout l'idée de faire une opération palliative, mais j'avais la conviction ferme de réaliser une opération curative. Sans doute, je n'ai pas enlevé *la totalité* des tuniques du rectum; si je l'eusse fait, ce n'est pas une infection du tissu cellulaire du méso-rectum qui aurait pu s'ensuivre, ainsi que le dit M. Quénu, mais bien une péritonite septique, car la tumeur que j'avais à opérer siégeait sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale, et enlever toutes les tuniques du rectum à ce niveau, c'était ouvrir la grande séreuse de l'abdomen; aussi le lambeau enlevé n'intéressait-il que la muqueuse et une partie des fibres musculaires. Je crois fermement, néanmoins, que l'ablation, limitée à cette étendue, est suffisante pour amener une guérison définitive. Car appliquer jusqu'à ses limites forcées la lutte contre la propagation du cancer développé dans les parois du rectum, c'est pratiquer, tant qu'elle est possible, l'extirpation du rectum lui-même.

J'ai pensé que, dans mon cas, c'eût été excessif que de pousser à ces limites l'application du principe général qui nous guide tous contre le cancer, et que chez cet homme de soixante-deux ans, atteint, je le répète avec insistance, d'une tumeur villeuse, finement pédiculée, l'abrasion que j'ai pratiquée était une opération sage et suffisante. Je rappelle encore que la tumeur de mon malade étant insérée sur la paroi péritonéale du rectum, il n'était pas possible d'enlever un lambeau étendu de cette paroi, intéressant toute l'épaisseur des tuniques du conduit intestinal.

M. Ed. Schwartz. — J'étais resté, quand j'ai pratiqué l'ablation de la tumeur villeuse que j'ai présentée ici, sous l'impression de la lecture du *Traité des maladies du rectum*, par Quénu et Hartmann, à savoir, que ces tumeurs peuvent être bénignes et ne pas récidiver après leur ablation simple. Si les faits démontrent qu'il n'en est pas ainsi et qu'il s'agit toujours de tumeurs malignes, je suis tout prêt à me rallier à la manière de voir exposée par Quénu, et à enlever largement d'emblée et la tumeur et toute l'épaisseur de la paroi rectale au niveau de son insertion. Mon malade est averti qu'il doit revenir me voir dans deux mois, et je le tiens en observation.

Discussion sur le fonctionnement de l'anastomose après la gastro-entérostomie.

M. Tuffier. — La pièce qui nous a été présentée par M. Delbet soulève la question suivante: La gastro-entérostomie avec pylore *libre* sert-elle de dérivation aux aliments?

Pour moi, la question est résolue expérimentalement et cliniquement. Jusqu'à l'apparition du mémoire de Kelling, nous admettions que l'anastomose de l'estomac avec le jéjunum, quand le pylore était libre, constituait une voie de dérivation, mais les faits cliniques prouvèrent qu'elle ne fonctionnait pas du tout à la manière d'un tuyau de décharge. Dès la thèse de mon élève Guedj, nous savions que, après la gastro-entérostomie, l'estomac conserve les aliments longtemps après leur ingestion et que leur évacuation n'est faite qu'après la terminaison de la digestion chimique de l'estomac. Ces résultats sont constants, quel que soit le mode opératoire employé.

En 1900, Kelling, dans un mémoire très intéressant, a apporté la preuve expérimentale que la gastro-entérostomie avec pylore *libre* ne servait nullement de dérivation. (Langen. *Arch. für klin. Chir.*, vol. LXX, p. 289). Son travail présente une variété d'expériences faites avec tant de soin et avec tant de précision, que leur répétition ne peut amener que les mêmes résultats. Non seulement il a fait la gastro-entérostomie postérieure, mais encore la gastro-entérostomie antérieure, la gastro-entérostomie en Y, et l'occlusion progressive du pylore avec gastro-entéro-anastomose. Des fistules furent faites sur chaque segment intestinal pour étudier le moment de passage des aliments et l'influence de leur passage sur la sécrétion pancréatique ou biliaire. Ses conclusions sont fermes : *l'anastomose avec pylore libre ne fonctionne pas.*

Lorsque je vous ai présenté, dans la séance du 1er mai 1907, une observation de guérison spontanée de gastro-entérostomie, j'aurais peut-être repris ces expériences (car c'est sur les mêmes faits anatomo-pathologiques que Kelling avait débuté), si je n'avais trouvé deux observations cliniques qui démontraient *chez l'homme* la même inutilité de l'anastomose comme moyen de dérivation et qui rendaient par conséquent superflue toute autre expérimentation.

La première observation est de Berg (*Annals of Surgery*, 1907, p. 721). Elle a trait à une large fistule de la seconde portion du duodénum consécutive à une cholécysto-duodénostomie, les aliments passaient par cette fistule. Berg fit alors une gastro-jéjunostomie et passa une ligature à la soie au niveau du pylore; l'écoulement s'arrêta et, la ligature étant tombée, de nouveau le

contenu acide s'échappa par la fistule. On dut faire une nouvelle opération pour fermer le pylore. La gastro-entérostomie était donc impuissante à dériver le contenu de l'estomac. Le malade finit par succomber; l'anastomose gastro-jéjunale était parfaite.

Chez un second malade, il s'agissait d'un ulcère de la première portion du duodénum, perforé. Une tentative de suture échoua; le contenu stomacal et biliaire s'échappait par cet orifice. Berg fit alors une gastro-jéjunostomie et tenta l'oblitération de la fistule duodénale; la fistule se reproduisit et de nouveau le contenu stomacal passa par cet orifice. Seule, la ligature du pylore arrêta l'écoulement de ce côté et le malade succomba vingt-quatre heures après l'intervention. Cette seconde observation confirme donc bien les résultats expérimentaux : si le pylore est perméable, une gastro-entérostomie, même large, est insuffisante pour assurer l'évacuation du contenu stomacal qui suit la route du pylore.

Depuis la connaissance de ces faits, la question me paraît absolument jugée; il faut en formuler bien nettement la conclusion : la gastro-entérostomie sur un estomac *normal*, avec un pylore *normal*, ne peut dériver son contenu. L'expérience et la clinique le démontrent. Le seul fait qui me paraissait intéressant était de voir le *mecanisme* par lequel fonctionnait le pylore normal dans ces cas. Pour cela, j'ai suivi à la radioscopie, avec mon élève Aubourg et mon ami Albert Froin, les différentes phases de la motricité de l'estomac, d'abord sur un animal sain, puis sur un animal gastro-entérostomisé, qui ingère d'abord le repas de Rieder et 60 grammes de bismuth.

J'ai publié ces résultats au Congrès de médecine, à la séance du 15 octobre, et ils ont été analysés par la *Semaine médicale* (23 octobre 1907, p. 513) et par la *Presse médicale* (6 octobre 1907, p. 680).

Dès que les aliments arrivent dans l'estomac, l'organe se contracte sur son contenu pour le mouler plus ou moins exactement; puis, au moment de la période d'expulsion, on voit nettement les contractions de l'estomac diriger uniformément vers le pylore la masse alimentaire, et, à un moment donné, forcer l'antre pylorique, puis en très petite quantité le pylore lui-même. On a la notion bien précise que ces contractions ferment l'orifice de communication avec l'intestin. Chez un animal gastro-entérostomisé, on voit nettement à l'écran radioscopique le contenu stomacal passer dans le duodénum alors que rien ne pénètre par la bouche anastomotique. La constatation est facile chez le chien, puisque la longueur du duodénum est telle que le chyme doit parcourir 30 centimètres qui séparent le pylore de la bouche anastomotique. (Voy. *Presse méd.*, 11 déc. 1907, n° 100, p. 805, les images radio-

scopiques.) Il semble donc bien que la période d'expulsion gastrique tend à chasser les aliments vers le pylore *sain* et uniquement de ce côté.

Tout ce qui précède s'adresse à un estomac normal et à un pylore normal. Mais cette inutilité de l'anastomose persiste-t-elle si vous avez un estomac malade et un pylore anatomiquement sain? Nous ne pouvons absolument pas répondre actuellement à cette question, soit expérimentalement, soit cliniquement. Le seul fait expérimental est dû à Kelling, qui suturait la muqueuse, faisant une sorte de barrage incomplet en avant du pylore, puis pratiquait une gastro-anastomose; tous les aliments passaient par le pylore. Il faut donc une lésion très accentuée du pylore pour rendre utile l'anastomose gastro-jéjunale.

J'ai essayé de tourner la difficulté autrefois *en provoquant chez les animaux des ulcères de l'estomac.* J'ai publié au Congrès de médecine les résultats négatifs que j'avais obtenus. *Cliniquement,* tous les malades que nous opérons ont des signes de sténose vraie ou fausse du pylore. Les ulcères, même loin de la région pylorique, et parfois l'hyperchlorhydrie, provoquent des phénomènes de contracture et de spasme pylorique, et je ne sache pas qu'on ait pu démontrer dans ces cas-là comment fonctionne la bouche anastomotique ou même si elle fonctionne. La question n'est donc plus dans l'étude de l'estomac sain, elle est là.

Tout ce que nous pouvons dire expérimentalement et cliniquement, c'est que l'estomac sur lequel existe une gastro-entérostomie avec pylore fermé se vide plus vite qu'un estomac normal. Cette rapidité peut tenir à l'absence d'un sphincter autour de la nouvelle bouche anastomotique; mais elle peut aussi être due en partie à un fait physiologique que je vous demande la permission de vous exposer. Pour cela, voici d'abord comment on comprend actuellement l'ouverture du pylore normal.

Sous l'influence d'une contraction stomacale, le sphincter laisse filtrer une très petite quantité de chyme *acide*; aussitôt que ce chyme est au contact du duodénum, il provoque une contraction pylorique qui ferme l'estomac, puis la bile et le suc pancréatique sécrétés à ce moment *neutralisent* l'acidité alimentaire et baignent le pylore, qui alors se laisse ouvrir pour donner passage à un nouveau bol alimentaire acide qui agit comme le premier, c'est-à-dire qu'il fait contracter et ferme de nouveau le pylore; puis sa neutralisation permet le relâchement du sphincter, et ainsi de suite jusqu'à déglutition complète du contenu gastrique. C'est donc le *duodénum* qui commande mécaniquement l'évacuation de l'estomac. Cette déglutition successive a été constatée par tous les observateurs et représentée par nous-même à l'écran radiographique.

Comment se fait cette évacuation après gastro-entérostomie pylore fermé? Il est un premier fait fort curieux, que nous avons constaté deux fois seulement. Chez un animal et un homme gastro-entérostomique, au moment même de l'ingestion alimentaire, l'estomac surpris à l'état de relâchement laisse passer quelques gouttes de liquide qui traversent l'anastomose, et la trace de cette violation de l'intestin est marquée sur l'écran par une tache très limitée mais très nette, séparée de la grande courbure. Sous cette influence, la partie jéjunale agissant comme succédané du duodénum (le fait est prouvé expérimentalement), provoque une sécrétion pancréatico-biliaire qui fait ouvrir plus rapidement le pylore normal ou la bouche artificielle. Je vous donne cette explication de la rapidité d'évacuation de l'estomac après anastomose, comme une hypothèse à vérifier. En tous cas, la diminution du rôle retardateur du duodénum n'est pas discutable. Cette simple hypothèse n'empêche pas de croire que l'absence de sphincter anastomotique, au niveau de la bouche, joue un rôle important dans cette évacuation plus rapide.

Je ne puis quitter cette question sans vous montrer quelles applications découlent des expériences précédentes. Le *circulus viciosus* et la *dilatation aiguë* de l'estomac après les opérations peuvent trouver leur explication dans le rôle que joue le duodénum dans l'évacuation gastrique. Kelling a montré, et nous avons vérifié, que la dilatation ou la réplétion du duodénum provoque une paralysie de l'estomac qui se laisse distendre et ne se contracte plus. La simple distension duodénale par éperon ou par une cause quelconque amènera la distension gastrique puis le rejet de tout ce qui pénétrera dans la cavité stomacale, et cela sans que les ingesta fassent un circulus dont tout le monde parle et que personne n'a vu. De même ces grandes dilatations aiguës post-opératoires sont probablement sous la dépendance de cette même distension duodénale, car dans les anciennes autopsies dont j'ai le souvenir, j'ai vu le duodénum et l'intestin adjacent distendu par ce liquide noir que rendaient les malades, et nous comprenons ainsi pourquoi le lavage et le lavage seul de l'estomac peut guérir nos malades.

De ces faits, je conclus, avec l'expérimentation ancienne et la clinique, qu'une gastro-entérostomie d'un estomac normal avec un pylore sain ne fonctionne pas comme voie de dérivation, mais nous ne savons pas si cette même anastomose sur un estomac malade avec un pylore anatomiquement sain peut fonctionner. En tout cas, aucun fait clinique et aucune expérience ne permet d'être fixés sur ce point. L'action de la gastro-entérostomie sur l'évacuation de l'estomac est peut-être due à la diminution du réflexe duodéno-stomacal; enfin cette influence du duodénum sur l'éva-

cuation de l'estomac est susceptible d'expliquer le prétendu circulus et la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. Hartmann. — Les expériences de notre collègue Delbet confirment, en tous points, celles relatées par Kelling, en 1900 (1). Comme Delbet, Kelling avait constaté qu'après une gastro-entérostomie chez le chien, qu'on pratique l'opération de Wölfler ou l'opération de Roux, les liquides ingérés passent en presque totalité par le pylore, et que presque rien ne traverse la bouche anastomotique.

Il est bien certain que ces diverses expériences ne permettent pas de tirer une conclusion ferme au point de vue de l'homme ; la forte musculature de l'intestin grêle du chien, comparée à celle de l'intestin humain, n'autorise pas, *a priori*, une assimilation absolue. Très sagement Delbet, plus prudent que Kelling, a bien spécifié qu'on n'en pouvait tirer des conclusions absolues applicables à la chirurgie. Peut-être arrivera-t-on un jour à préciser ces points avec la radioscopie. Notre collègue Tuffier vient, à l'instant, de nous donner quelques aperçus sur ce point. Actuellement, nous ne pouvons rien affirmer. Il est cependant probable que, dans une certaine mesure tout au moins, les choses se passent chez l'homme comme chez l'animal.

La conception de la gastro-entérostomie mettant l'estomac au repos, le drainant tout comme une cystostomie draine la vessie, est, du reste, abandonnée depuis longtemps. Lors de nos premiers travaux sur les suites éloignées de la gastro-entérostomie, nous avons, dès 1898, insisté avec Soupault (2) sur ce fait que l'estomac gastro-entérostomisé continue à fonctionner en tant que réservoir, qu'on peut l'insuffler, étudier sur lui les processus chimiques de la digestion, tous faits bien établis aujourd'hui.

Les expériences de Delbet, s'ajoutant à celles de Kelling et les confirmant, montrent l'inutilité de la gastro-entérostomie dans les cas d'estomac de forme et de dimensions normales avec pylore sain. La discussion actuelle contribuera, je crois, à établir définitivement que la gastro-entérostomie n'est pas rationnelle dans toutes les dyspepsies rebelles et qu'elle ne peut être regardée comme un mode de drainage, comme un moyen d'assurer l'évacuation continue du réservoir stomacal. Elle empêchera ainsi un certain nombre d'opérations inutiles, dont les résultats médiocres ne peuvent que discréditer la chirurgie gastrique.

(1) Georg Kelling. Studien zur Chirurgie des Magens. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1900, t. LXII, p. 1 et 288.

(2) Hartmann et Soupault. Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie. *Revue de chirurgie*, Paris, 1899, p. 137 et 330.

Nous appuyant non plus seulement sur la clinique, mais aussi sur l'expérimentation, nous pouvons aujourd'hui affirmer, avec un argument de plus à l'appui, ce que nous avons toujours soutenu, à savoir, que si l'intervention chirurgicale est indiquée dans la plupart des cas d'ulcères compliqués, elle ne l'est, dans les ulcères simples, indemnes de toute complication, que s'il existe du spasme pylorique; si cliniquement on observe les signes de ce que nous avons appelé le syndrome pylorique, douleurs débutant une heure, une heure et demie après l'ingestion des aliments et persistant pendant toute la durée de l'évacuation du contenu gastrique.

La gastro-entérostomie ne donne de bons résultats que dans les cas où il existe un obstacle à l'évacuation du contenu gastrique, que cet obstacle soit organique (rétrécissement) ou simplement fonctionnel (spasme) (1).

Peut-on tirer de ces expériences d'autres conclusions? De ce que la bouche gastro-intestinale est inutilisée dans le cas de pylore facilement perméable, peut-on conclure que la bouche fonctionnellement inutile va s'atrophier et disparaître? Quelques-uns l'ont dit, et ici même Tuffier a relaté une observation tendant à le démontrer (2).

Je ne puis admettre pareille assertion, contraire à tout ce que nous savons en pathologie générale. Je ne conçois pas qu'une bouche gastro-intestinale, bien ourlée par une muqueuse partout continue, sans trace de tissu scléreux, puisse s'oblitérer complètement en l'absence de tout tissu cicatriciel, uniquement parce qu'elle est inutilisée et que le pylore est perméable.

Les faits sont là, a répondu M. Tuffier à ma protestation ; et à l'appui de son dire, il nous rappelait deux faits d'oblitération spontanée de la bouche anastomotique, l'un dû à Roux, l'autre à Monprofit. Du cas de Roux, je ne dirai rien, n'ayant pas lu l'observation *in extenso* ; mais je puis parler de celui de Monprofit; il a été publié (3), et va exactement à l'encontre de l'hypothèse de mon ami Tuffier. La bouche anastomotique s'est oblitérée, mais *le pylore n'était pas perméable*, il était rétréci et, à mesure que la bouche anastomotique s'est rétractée, on a vu reparaître lentement, progressivement, tous les signes de la sténose pylorique qui avait motivé l'intervention. Ce fait montre donc que par suite de circonstances encore à préciser, *une bouche gastro-*

(1) Hartmann. Traitement chirurgical des lésions non néoplasiques de l'estomac, *Travaux anatomo-cliniques*, Paris, 1903, première série, p. 195.

(2) Tuffier. Gastro-entérostomie postérieure réparée spontanément. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1907, p. 467.

(3) Voir *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1905, p. 841.

intestinale peut s'oblitérer même quand le pylore est sténosé.

Pas plus que la clinique, l'expérimentation ne nous montre une oblitération anatomique de la bouche dans des cas de perméabilité pylorique.

G. Kelling dit bien que la seule garantie pour que la fistule gastro-intestinale reste ouverte, c'est l'oblitération du pylore. Mais, contrairement à ce que quelques-uns pourraient supposer, il ne dit pas que la fistule est anatomiquement fermée, elle l'est fonctionnellement seulement, et lorsqu'on lit ses expériences on voit que s'il note, dans une expérience, la diminution de calibre de la bouche, jamais il n'a relevé d'oblitération. Il en est de même dans les expériences de notre collègue Delbet. Dans tous les cas, il a constaté que la bouche anastomotique, qui sur le vivant ne fonctionnait pas, réalisait à l'autopsie les meilleures conditions mécaniques et laissait facilement passer l'eau versée dans l'estomac. Sur la pièce qu'il nous a montrée, l'anastomose était parfaite et, bien qu'elle n'eût jamais fonctionné, elle ne semblait pas présenter la moindre tendance à l'oblitération ; les muqueuses se continuaient régulièrement et l'orifice ne semblait nullement destiné à s'oblitérer. Un seul fait semble donc établi, c'est que les bouches gastro-intestinales sont inutiles dans les cas de pylore perméable, ce qui concorde, comme nous l'avons dit, avec ce que nous avait appris la clinique.

Communication.

De la prothèse immédiate après les résections du maxillaire inférieur,

par M. VALLAS (de Lyon).

Les résections, partielles ou totales, du maxillaire inférieur laissent après elles des déformations et des troubles fonctionnels dont les chirurgiens doivent se préoccuper et qu'ils ont le devoir d'atténuer dans la mesure du possible. La prothèse seule est capable de fournir, en pareil cas, un secours efficace, et, parmi les différents procédés utilisés jusqu'ici, je donne pour ma part la préférence à la prothèse immédiate, du Dr A. Martin (de Lyon), dont les premières tentatives en ce sens remontent à 1878, et qui, depuis cette époque, l'a réalisée sur un très grand nombre de malades. L'an passé, M. Sebileau a adressé à cette méthode des reproches sérieux que je ne crois pas justifiés. J'ai obtenu souvent,

avec le concours de M. le Dr Martin, des résultats excellents, et je puis en fournir la preuve en vous montrant la photographie d'un jeune homme opéré il y a plus de trois ans, pour un ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure, chez lequel le résultat s'est maintenu parfait depuis cette époque, au double point de vue esthétique et fonctionnel.

Pour réussir la prothèse immédiate, il est un certain nombre de précautions qu'il faut savoir prendre.

1° Il est bon de respecter, dans les incisions, la région orbiculaire, et, par conséquent, de ne pas intéresser le contour de l'orifice buccal. Le muscle, ayant gardé sa tonicité, empêche la lèvre de glisser au-dessous de l'appareil, et permet, en outre, au patient de conserver sa salive. On évite ainsi une grosse incommodité et une importante déperdition de forces ;

2° La ligne d'incision cervicale doit être reportée dans la région sus-hyoïdienne à deux bons centimètres au-dessous de la saillie normale du bord inférieur de l'arc de la mâchoire. Cette modification du tracé classique de l'incision cutanée a pour but d'éviter la pression de la pièce de prothèse précisément sur la ligne des sutures. C'est pour avoir négligé ce petit point de technique que l'on a pu voir, en certains cas, l'appareil désunir les lèvres de la plaie et sortir au dehors en les écartant chaque jour davantage ;

3° Une fois l'appareil mis en place, la condition essentielle pour le faire supporter est d'effectuer fréquemment — c'est-à-dire toutes les deux ou trois heures — des lavages avec pression dans la bouche. A cet effet, les appareils de M. Martin sont percés de canaux dans lesquels on peut faire des chasses d'eau énergiques. On enlève ainsi mécaniquement tous les débris organiques ou alimentaires susceptibles de fermenter, et c'est le meilleur, je dirai même le seul moyen, de maintenir l'asepsie du milieu buccal et d'obtenir la cicatrisation correcte des parties molles.

Il est bien entendu que la prothèse immédiate ne doit être tentée que si l'on dispose de parties molles suffisantes pour recouvrir l'appareil. Quand le plancher buccal, la langue ont dû être sacrifiés, la pièce prothétique s'opposant à l'affaissement des plans superficiels sur les plans profonds deviendrait plutôt un obstacle à la cicatrisation. En pareil cas, je me contente d'empêcher le déplacement du fragment de maxillaire qui reste en le fixant au moyen de ce que M. Martin appelle la prothèse aide-opératoire. C'est une pièce fixée à l'os d'en bas et portant une ailette latérale qui vient prendre un point d'appui sur la face externe de l'arcade supérieure. Ainsi est prévenu le déjettement en dedans de la branche du maxillaire inférieur. Quand ce premier résultat, très important, est acquis, on peut, par de légères opérations correc-

trices ou de la prothèse secondaire, tirer le meilleur parti possible de ce qui reste ; sur ce point, on ne saurait formuler de règle absolument fixe.

M. E. Michaux. — Je demande à rappeler, à propos de la communication de M. Vallas, que j'ai moi-même présenté à la Société de chirurgie, il y a six ou sept ans, un malade auquel j'avais fait quinze jours auparavant la prothèse immédiate d'une moitié du maxillaire inférieur atteinte de tumeur maligne.

L'appareil que j'ai employé avait été construit par mon ami le Dr Roy, sur les indications données par M. Martin, de Lyon, dans ses travaux ; il présentait notamment la canalisation intérieure qui assure le lavage soigné de la région opératoire, condition très importante d'un bon résultat.

Mais ce qui enlève beaucoup de la valeur de ces prothèses, c'est la gravité des affections pour lesquelles on les pratique, et la rapidité de la récidive. Aussi, malgré le beau succès immédiat que j'avais obtenu, j'incline à croire comme mon collègue Sebileau que ces prothèses donnent rarement des résultats durables.

Lectures.

M. Marion. — 1° *Abcès du poumon.* — M. Tuffier, rapporteur.

2° *Deux cas de prolapsus utérin.* — M. Faure, rapporteur.

Présentations de malades.

Luxation ancienne du coude. Hémi-résection sans interposition musculaire. Résultat six mois et demi après l'intervention opératoire.

M. Loison. — P..., soldat au 8e régiment de chasseurs, dans une chute de cheval, sur la face postéro-interne du coude fléchi à angle droit, se luxe les deux os de l'avant-bras en arrière et en dehors, le 18 mars 1907. La luxation passa inaperçue au début et, le 3 mai 1903, le blessé fut évacué sur l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

L'avant-bras est immobilisé en flexion à angle obtus sur le bras, la main est fixée en pronation.

La partie inféro-interne de l'humérus fait une saillie prononcée en dedans et au-dessus du cubitus.

Les mouvements, soit actifs, soit passifs, sont peu étendus et douloureux; on perçoit des craquements pendant leur exécution.



Fig. 2. — Résultats 5 mois après l'opération. (Radiographie transversale.)

Les radiographies exécutées confirment le diagnostic de la luxation et montrent l'existence, au pourtour des extrémités articulaires déboîtées, de productions ostéophytiques.

3 *juin* 1907. — Sous le chloroforme, au moyen d'une incision verticale interne passant par le sommet de l'épitrochlée, je dénude et luxe au dehors l'extrémité inférieure de l'humérus que je scie à 8 centimètres environ au-dessus de la surface articulaire huméro-radio-cubitale; je ne touche pas aux os de l'avant-bras.

J'excise soigneusement différentes productions osseuses nouvelles, disposées les unes sous forme de noyaux plus ou moins sphéroïdaux, les autres sous forme de coques moulées par leur concavité sur les surfaces articulaires inférieures de l'humérus. Je suis toutefois obligé de laisser en place une partie des ostéophytes externes, parce que l'unique incision interne ne me permet pas de les aborder facilement. Je respecte aussi, mais avec intention, un noyau osseux, du volume d'une noisette qui se trouve placé au côté interne de l'olécrâne et donne insertion à des masses musculaires.

Suture de la plaie opératoire, sauf en son milieu par où sort un drain.

Immobilisation du coude à angle droit, au moyen d'une gouttière plâtrée postérieure placée par-dessus le pansement.

21 *juin.* — La plaie a évolué sans la moindre réaction. Je pratique pour la première fois des mouvements dans la néarthrose et effectue lentement et progressivement, à deux reprises, l'extension complète de l'avant-bras sur le bras, puis replace le membre dans sa gouttière.

25 *juin.* — Deuxième séance d'extension du coude, complétée par des mouvements de pronation et de supination.

Je continue la mobilisation progressive par la suite, et supprime la gouttière plâtrée vers le milieu de juillet.

Etat au 15 décembre. — La flexion du coude dépasse l'angle droit, mais va un peu moins loin que du côté sain.

L'extension de l'avant-bras sur le bras arrive jusqu'à 140 ou 160 degrés, selon les jours, à cause de la contracture des muscles fléchisseurs qui est très variable.

La pronation et la supination se font bien. Le sujet porte à bras tendu, pendant cinquante secondes, une haltère d'un poids de 10 kilogrammes, avec le membre réséqué; il ne peut porter le même poids avec le membre sain que pendant une minute.

Le bras gauche opéré présente un raccourcissement de 3 centimètres dans sa longueur, par rapport au bras droit.

Il existe un certain degré d'atrophie des muscles du membre supérieur gauche, portant particulièrement sur le triceps brachial. La mensuration indique une atrophie circonférentielle de 25 millimètres pour le bras et de 20 millimètres pour l'avant-bras.

Je ne veux retenir que deux points de cette observation : l'utilisation d'une incision interne unique et l'ablation d'une grande longueur de l'humérus, sans interposition tendineuse ou musculaire entre les surfaces de la néarthrose.

L'incision a été commandée en quelque sorte par la disposition des parties. L'humérus tendait à faire issue en dedans à travers les parties molles; je n'ai fait que l'y aider, et par cette incision unique, la dénudation, la luxation et la résection de la palette humérale ont été très faciles.

Plutôt que de recourir à l'interposition tendino-musculeuse, j'ai préféré réséquer environ 8 centimètres d'humérus pour éviter le



Fig. 1. — Résultats 5 mois après l'opération. (Radiographie antéro-postérieure.)

développement consécutif d'une ankylose osseuse que semblait faire craindre le semis abondant de productions ostéophytiques autour des extrémités osseuses luxées. La mensuration et la radiographie indiquent que l'os s'est reproduit sur une partie de sa longueur et le raccourcissement n'est actuellement que de 3 centimètres environ.

La néarthrose n'est pas encore définitivement constituée et le modelage de l'extrémité inférieure de l'humérus n'est pas terminé;

cependant, tel quel, le résultat me semble bon, après un peu plus de six mois.

J'aurais voulu attendre encore quelques mois pour vous présenter le malade, mais il est impatient de rentrer dans ses foyers, malgré les avantages que présente son séjour à l'hôpital pour améliorer par les agents physiques le fonctionnement de la néarthrose.

Laryngostomie.

M. Sieur présente, en son nom et au nom de MM. Sargnon et Oppert, deux malades atteints de sténose du larynx traitée par la laryngostomie avec dilatation caoutchoutée.

Prothèse testiculaire avec le godiva.

M. H. Morestin. — On a fait depuis longtemps des tentatives de prothèse testiculaire et M. Tuffier a été parmi nous le premier défenseur de cette pratique.

On a essayé de greffer des testicules en ivoire, en argent, en celluloïd, en caoutchouc, en soie, avec des succès plus ou moins durables.

Parmi les substances employées, je n'ai pas vu qu'il soit fait mention du *godiva*. Le godiva est constamment utilisé dans la pratique des dentistes pour la prise des empreintes. On peut l'aseptiser très aisément par l'ébullition, qui ne l'altère en aucune façon. Se ramollissant sous l'influence de la chaleur, il devient extrêmement malléable; on peut le pétrir, le modeler, lui imposer toutes les formes. Par contre, en se refroidissant, il durcit très vite et garde alors invariablement la configuration qu'on lui a donnée. En outre, il est relativement léger, et bien toléré par les tissus.

J'ajoute qu'il s'agit d'une substance peu coûteuse et facile à se procurer.

Je m'en suis servi avantageusement pour diverses prothèses, et notamment chez le malade que je vous présente.

J'ai dû pratiquer chez lui le 13 novembre la castration du côté droit, pour une tuberculose qui avait non seulement envahi l'épididyme tout entier, mais le testicule et le canal déférent sur une très grande étendue, et s'accompagnait de trois fistules,

l'autre côté paraissant d'ailleurs sain, de même que la prostate et les vésicules.

La castration faite, j'ai placé dans la bourse correspondante une petite masse de godiva, à laquelle j'avais donné le volume et l'aspect d'un testicule, et réuni simplement la plaie par quelques crins de Florence. Si je n'avais dû supprimer en même temps une portion de la partie antéro-externe du scrotum comprenant les fistules, j'aurais fait l'opération par une incision postérieure, pour ne laisser aucune trace de l'intervention subie.

Les suites ont été très simples; au quinzième jour, l'opéré se levait bien guéri, et depuis il a pu reprendre ses occupations. Il ne souffre pas, il n'y a ni gonflement, ni empâtement, ni gêne, ni douleur à la pression. Le corps étranger paraît admirablement toléré. J'aurais certes voulu attendre davantage avant de vous présenter le sujet, mais il doit quitter Paris incessamment pour un long séjour dans le Midi.

Comme on a pu faire tolérer des testicules artificiels construits avec les substances les plus diverses, il n'y a *a priori* aucune raison pour que le testicule en godiva ne soit pas accepté par le scrotum. J'ai bon espoir en ce qui concerne mon opéré. Son testicule prothétique est relativement léger, de surface lisse, sûrement aseptique; il n'a provoqué pendant les jours qui ont suivi l'opération aucune réaction des tissus des bourses.

Mais à propos de ce cas particulier, je voulais surtout insister sur la commodité pour ce genre de prothèse de la substance dite godiva, si aisément malléable, si facile à stériliser, et au surplus d'un prix insignifiant et que l'on peut aisément se procurer.

Élection.

BUREAU POUR 1908

Sont élus :

Président	M. NÉLATON.
Vice-président.	M. REYNIER.
Premier secrétaire annuel	M. RICARD.
Deuxième secrétaire annuel. . . .	M. LEJARS.
Archiviste.	M. BROCA.
Trésorier	M. ARROU.

La prochaine séance aura lieu le **8 janvier 1908**.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1907

A

Pages.

D

E

Pages.

F

G

H

I

Pages

M

N

O

P

R

S

TABLE DES AUTEURS

POUR 1907

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.